

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Promoção da Parentalidade Positiva em Famílias
Potencialmente Maltratantes**
**Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil
e Pediatria**

Tânia Isabel Neto Caiado

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Promoção da Parentalidade Positiva em Famílias
Potencialmente Maltratantes**
**Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil
e Pediatria**

Tânia Isabel Neto Caiado

Orientador: Professora Doutora Manuela Soveral

Lisboa

2017

“O que me preocupa não é o grito dos violentos,
nem dos corruptos, nem dos desonestos, nem dos
sem-carácter, nem dos sem-ética.
O que mais me preocupa é o silêncio dos bons.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antónia e Orlando, responsáveis pelo meu ingresso neste mestrado, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade em todos os momentos e pelo Amor puro presente em cada gesto... Sempre.

À minha avó Custódia, exemplo a seguir sempre e para sempre... Pela motivação, pela assertividade, pelo Amor desmedido, pelo consolo... E ao meu querido avô Arlindo que, tal qual estrela guia, iluminou este percurso a cada passo.

A todos e a cada um... Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CCF – Cuidados Centrados na Família

CE – *Council of Europe*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPCJR – Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GHACJRHX – Grupo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Hospital X

ICN – *International Council of Nurses*

IPO – Instituto Português de Oncologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPO – Serviço Pediátrico de Oncologia

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Em 2013 verificou-se a introdução de um novo enfoque nas questões relacionadas com os maus tratos no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, denominado por “Risco de Maus Tratos”. Esta preocupação revelada pela Direção Geral da Saúde evidencia a necessidade de atenção por parte do enfermeiro aos fatores de risco de modo a que estes não evoluam para uma potencial situação de perigo.

A maioria das intervenções propostas pela evidência científica, neste âmbito, foca-se no apoio familiar e parental, ao identificar o papel central da família na prevenção de situações de crianças/jovens em risco e evidenciar que mudanças na forma como este apoio é exercido poderão diminuir a ocorrência do fenómeno de maus tratos à criança/ao jovem.

Este relatório de estágio tem enquanto objetivo geral relatar as atividades que, depois de refletidas e analisadas, conduziram à aquisição e/ou ao desenvolvimento de competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial enfoque na promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes. Atividades como a construção de um algoritmo de promoção da parentalidade positiva, um fluxograma de intervenção em situações de maus tratos à criança/ao jovem ou, ainda, a criação de um Grupo Hospitalar de Apoio à Criança/Jovem em Risco permitiram-me concluir que a concretização de intervenções promotoras da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes são uma oportunidade única de intervenção para o EESIP tendo em conta que o exercício da parentalidade exige um ajustamento e uma aprendizagem necessárias ao desenvolvimento das competências parentais. Além disso, a confiança na potencialidade das competências parentais exige do EESIP uma abordagem positiva e antecipada, traduzida em estratégias de intervenção adequadas à idade criança/família, nomeadamente, atitudes empoderadoras, cuidados antecipatórios, cuidados negociados e cuidados não traumáticos.

Palavras-chave: Cuidar em pediatria, criança, família, maus tratos, parentalidade.

ABSTRACT

In 2013, a new focus related to ill-treatment was introduced in PNSIJ (Portuguese National Child and Youth Health Program), named "Risk of ill-treatment." This concern raised by DGS (Portuguese governmental healthcare entity) highlights the need for nurses to pay attention to risk factors so that they do not lead to a potential dangerous situation.

Most of scientific evidence in this realm, propose interventions focused on family and parental support, on identifying the central role of the family preventing child/youth risk situations and to enhance which changes on this support can reduce the occurrence of child/youth maltreatment.

The main purpose of this report is to describe the activities that, after being reflected and analyzed, led to the acquisition and/or development of competences in the nursing area of specialization in child and pediatric health, with a special emphasis on promoting a positive parenting in potentially abusive families.

Activities such as the construction of an algorithm to promote positive parenting, a flowchart of intervention in cases of the child/young maltreatment, or the creation of a Hospital Group for child/young at risk, allowed me to conclude that the implementation of promoting positive parenting interventions in potentially abusive families are a unique opportunity for the specialist nurse, taking into account that the exercise of parenting requires an adjustment and a learning necessary for the development of parenting skills. In addition, confidence in the potential of the parenting skills, requires of specialist nurse a positive approach and anticipated, translated into intervention strategies appropriate to the dyad child/family, in particular, empowering attitudes, anticipatory care, negotiated care and nontraumatic care.

Keywords: Paediatric care, child, family, ill-treatment, parenting.

ÍNDICE

Introdução.....	11
1. Promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes: oportunidade de cuidar para o EESIP.....	15
1.1 Cuidar em pediatria: Papel do EESIP.....	15
1.2 Promoção da parentalidade positiva.....	21
1.2.1 Contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na promoção da parentalidade positiva.....	23
1.3 Criança/Jovem em risco/perigo: oportunidade de intervenção p/ o EESIP.....	24
1.3.1 Situação de risco de maus tratos à criança/ao jovem: um stressor a considerar.....	30
2. De enfermeiro generalista a enfermeiro especialista: descrição e análise das experiências de estágio.....	33
2.1 Objetivos gerais e objetivos específicos.....	34
2.2 Atividades transversais a todos os locais de estágio.....	36
2.3 Atividades específicas de cada local de estágio.....	38
2.3.1 Unidade de saúde familiar.....	38
2.3.2 Unidade de cuidados intensivos neonatais.....	43
2.3.3 Serviço de urgência pediátrica.....	49
2.3.4 Serviço pediátrico de oncologia.....	53
2.3.5 Serviço de consulta externa de pediatria.....	57
2.4 Competências desenvolvidas durante o percurso formativo.....	59
Nota conclusiva.....	61

Referências bibliográficas.....	65
---------------------------------	----

Apêndices

Apêndice I: Cronograma de Estágio

Apêndice II: Exemplo de Jornal de Aprendizagem

Apêndice III: Algoritmo de atuação na Promoção da Parentalidade Positiva

Apêndice IV: Folheto informativo (Português)

Apêndice V: Folheto Informativo (Inglês)

Apêndice VI: Dossier Temático

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fatores de risco de maus tratos à criança e ao jovem.....	25
Tabela 2: Sinais e sintomas de negligência.....	26
Tabela 3: Sinais e sintomas de mau trato físico.....	27
Tabela 4: Sinais e sintomas de mau trato psicológico.....	27
Tabela 5: Sinais e sintomas de abuso sexual.....	28
Tabela 6: Sinais e sintomas de Síndrome de Munchausen por Procuração.....	28
Tabela 7: Cronograma de estágio.....	76

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge com a finalidade de relatar o meu percurso formativo durante o 3º semestre do 7º Curso de Mestrado na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no qual foram desenvolvidas competências exigidas no cuidar da criança/do jovem e da família em distintas situações de saúde e doença.

A problemática dos maus tratos em crianças e em jovens vai muito além dos maltratados e dos maltratantes afetando, também, a vida dos profissionais que cuidam da saúde e do bem-estar das crianças/dos jovens e das suas famílias, tais como os enfermeiros. Atualmente, embora as políticas nacionais e internacionais sejam cada vez mais pautadas pelo investimento preconizado na área da infância e da proteção da criança, os números estatísticos dos maus tratos e da violência contra crianças e jovens, disponibilizados tanto pela DGS como pela CNPCJR, continuam a crescer.

A temática dos maus tratos desde sempre despertou em mim um especial interesse. Aquando da escolha da temática norteadora do meu percurso formativo, foi para mim evidente que esta seria o foco da mesma. Verificar a ocorrência da morte de uma criança devido a maus tratos, tendo esta situação sido previamente referenciada às entidades responsáveis, é algo que me desperta inquietação interior. Sendo esta uma área a que estou especialmente atenta, questiono-me: *“Como é possível que esta situação tenha galopado até à tragédia sem que a intervenção tenha culminado em algo diferente?”*; *“Que intervenções poderiam ter proporcionado um desfecho diferente?”*; *“Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem nestas situações?”*.

O mau trato infantil exige, pelas consequências individuais, familiares e sociais, a curto, médio e longo prazo, uma intervenção preponderante no âmbito da proteção à infância (Pala, Unalacak e Unluoglu, 2011). O impacto dos comportamentos maltratantes não se situa apenas no nível físico e a curto prazo mas implica, igualmente, claras consequências negativas a longo prazo, ao nível do desenvolvimento global da criança/do jovem, na família, na comunidade e na sociedade em geral (*Ibid*).

Alguns autores sublinham que as crianças maltratadas têm maior probabilidade de vir a exibir problemas severos de adaptação na adolescência e na idade adulta, refletindo-se em comportamentos de consumo de substâncias, violência interpessoal e envolvimento em atividades criminais (Gilbert *et al*, 2009; Hutchings *et al*, 2006; Ireland e Widom, 1994). Assim, o mau trato infantil acaba por ter, igualmente, repercussões a um nível mais global que envolvem custos, quer diretos – hospitalização, tratamento, detenções –, quer indiretos – necessidades educativas especiais, institucionalização de crianças/jovens, delinquência juvenil, desemprego (Asawa *et al*, 2008).

No domínio da criança maltratada e da família potencialmente maltratante, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens têm vindo a evidenciar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde. A maioria das intervenções propostas neste âmbito foca-se no apoio familiar e parental, evidenciando que mudanças na forma como este apoio é exercido poderão diminuir a reincidência deste fenómeno. A evidência científica aponta para o papel central da família na prevenção de situações de crianças/jovens em risco, implementando estratégias de apoio familiar e parental, propondo ações no âmbito da parentalidade e da promoção das competências parentais (Almeida e Fernandes, 2010; Cruz e Carvalho, 2011; Zuzarte e Calheiros, 2010).

O Estatuto da OE, o REPE, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Constituição da República Portuguesa, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e as orientações da DGS, são alguns dos instrumentos legais existentes que fornecem um importante contributo para a prática dos cuidados de enfermagem na área da criança/jovem em risco/perigo de maus tratos. A importância do conhecimento do enquadramento legal é uma mais-valia para garantir a qualidade dos cuidados, nomeadamente no que diz respeito à proteção da criança/do jovem em risco. A notificação de situações de maus tratos é obrigatória por lei, portanto, se os enfermeiros forem detentores do conhecimento, terão certamente mais capacidade para diagnosticar, intervir e promover medidas preventivas. “(...) A atuação do enfermeiro é imprescindível, nós enfermeiros precisamos conhecer o problema para atuar de forma terapêutica com a criança e com o adolescente e principalmente com o familiar” (Mikami e Escobar, 2001, p. 116).

O EESIP deve, assim, trabalhar “(...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte (...)” (Diário da República, Regulamento nº 123/2011, p. 8653). Assim, é esperado que o EESIP possua conhecimentos aprofundados acerca da temática dos maus tratos.

Deste modo constitui-se como objeto de estudo deste relatório de estágio as **intervenções promotoras da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes**. Relativamente à organização do mesmo, este encontra-se subdividido em dois capítulos distintos. No primeiro capítulo será feito um enquadramento conceptual da temática, debruçando-me sobre a promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes enquanto oportunidade de cuidar do EESIP. Quanto ao segundo capítulo, neste constará a descrição e análise das experiências obtidas em contexto de estágio, onde evidencio os objetivos gerais e específicos, as atividades concretizadas e as competências desenvolvidas. No final do presente relatório apresentarei uma nota conclusiva onde farei uma apreciação global deste percurso formativo, evidenciando não só as limitações deste trabalho como, também, o seu contributo para a melhoria da prática de enfermagem em saúde infantil e pediatria.

1. PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA EM FAMÍLIAS POTENCIALMENTE MALTRATANTES: OPORTUNIDADE DE CUIDAR PARA O EESIP

Durante a concretização do meu percurso formativo, foi para mim norteadora a finalidade do curso de mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sendo esta “desenvolver uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde” (ESEL, 2014, p. 5). Assim, para que a minha prática fosse fundamentada e desse resposta aos desafios com quais me deparei, baseei-me na pesquisa de evidência científica que sustentasse a minha intervenção.

Este capítulo evidencia, então, a síntese da minha pesquisa, encontrando-se dividido em três subcapítulos. O primeiro basear-se-á no papel do EESIP no cuidar em pediatria; o segundo, por seu turno, fará uma abordagem à parentalidade positiva e ao contributo que o enfermeiro pode desempenhar na promoção da mesma; e, finalmente, o terceiro abordará a temática da criança/do jovem em risco/perigo enquanto oportunidade de intervenção do EESIP.

1.1 Cuidar em Pediatria – Papel do EESIP

A prática de enfermagem exige a conjugação de saberes teóricos com competências afetivas, por isso, o **cuidar** é perspectivado como um processo relacional que obriga à perceção da experiência humana no processo saúde-doença (Diogo, 2015). Quanto ao papel da criança na sociedade, este tem variado ao longo do tempo, de acordo com a época e com a sociedade em que se encontra inserida. A **criança**, que em séculos passados era vista com adulto em miniatura e inferiorizada, é agora reconhecida como uma pessoa provida de individualidade, personalidade e direito à salvaguarda da sua proteção e liberdade (Unicef, 2004).

De acordo com a OE (2011), **criança** é toda a pessoa menor de 18 anos de idade, dependente dos cuidados da família que lhe proporciona a satisfação das suas necessidades no sentido de um crescimento e desenvolvimento saudáveis e, também, a aquisição de capacidades e conhecimentos que proporcionem a sua

crescente independência até à plena autonomia. Segundo Monteiro (2003, p. 55), a **criança** “é um ser em contínuo crescimento e desenvolvimento e, para que este se possa fazer de modo harmonioso, é preciso que a criança cresça e se desenvolva num ambiente seguro, acolhedor e estimulante”. Como tal, cuidar da criança e do jovem implica o respeito pelos seus direitos à liberdade e expressão de autodeterminação (*Ibid*).

O cuidar da criança foi-se modificando ao longo dos tempos e o papel da família junto da criança, bem como a sua participação nos cuidados, foi-se ajustando a esta evolução (Mano, 2002). A **Parceria de Cuidados** surge como fruto desta evolução e constitui uma filosofia de enfermagem pediátrica que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança (Casey, 1993). Segundo esta autora, até mesmo as mães mais inexperientes contribuem com alguns conhecimentos e perícia, acrescido do interesse natural pelo bem-estar da criança. As crenças e valores que sustentam este modelo pressupõem que os pais são os principais prestadores de cuidados de saúde à criança e que o enfermeiro fornece os cuidados relacionados com as carências de saúde.

Assim, quando falamos do **Modelo de Parceria de Cuidados** é fundamental falarmos da família e do seu papel no desenvolvimento da criança. A **família** “é a mais antiga e a mais importante das instituições humanas, porque é nesse micro-meio natural que quase todos realizamos o processo de socialização, onde satisfazemos necessidades fundamentais, sobretudo a de amar e ser amado” (Lourenço, 1998, citado por Monteiro, 2003 p. 63). Segundo Mano (2002) a **família** também exerce o papel de mediadora entre a criança e o mundo externo. No seguimento da ideologia defendida por esta autora, no que se refere à família, a **atuação do enfermeiro** foca-se, entre outras áreas, na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através do fornecimento antecipado de orientações às famílias no sentido de maximizar o potencial de desenvolvimento da criança (OE, 2011).

Apesar da expectativa parental em relação aos **enfermeiros**, no sentido destes prestarem cuidados de forma competente, atenta e carinhosa, tal não significa que haja uma substituição dos pais nos cuidados que estes podem e querem prestar (Magalhães, 2011). Espera-se que os **enfermeiros** sejam pró-ativos no

fornecimento de informação pertinente aos pais, contribuindo para a manutenção ou estimulação do seu papel parental de participação e tomada de decisão nos cuidados, uma vez que a falta de informação é um dos fatores mais preocupantes para os pais (Pender, Murdaugh & Pars, 2006).

Deste modo, é da responsabilidade dos **enfermeiros** agir no sentido de dar apoio e auxiliar os pais a encontrar a melhor forma de atuarem perante a situação vivenciada pela criança, **centrando os cuidados na família**, não devendo os enfermeiros interpretar a presença dos familiares como perturbadora para o desempenho das suas funções, nem como um substituto nos cuidados da criança. Brazelton (1990) afirma que os pais se sentem muitas vezes incapazes e impotentes para tratar de uma criança doente, no entanto, podem aprender a fazer o que é necessário e fazem-no com muito pouca ajuda.

Os **CCF** reconhecem o binómio anteriormente referido como uma unidade de cuidados (Hockenberry e Wilson, 2014) e têm como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar das crianças e da sua família, mantendo e/ou restaurando o seu controle e dignidade (Pinto *et al*, 2011). Esta filosofia de cuidados norteia o EE em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem numa performance de prestação de cuidados a nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança, assim como da família em diferentes contextos de cuidados (*Ibid*). Os **CCF** viabilizam a manutenção da prestação de cuidados parentais durante a situação de doença, mesmo a nível de internamento hospitalar. (Barros, 1999).

Hutchfield (1999), ainda relativamente aos **CCF**, afirma que o relacionamento é baseado no respeito mútuo enfermeiro-família e vários membros da família podem ser incluídos nos cuidados. Prevê-se que os pais tenham um vasto conhecimento da doença da criança e conheçam o seu tratamento. Assim sendo, o **enfermeiro** assume um papel de consultor e conselheiro da família e o papel parental detém-se com o fato de ser perito em todos os aspetos do cuidado à sua criança.

Segundo Smith (1995) e Casey (1993), existem dois conceitos principais que facilitam a abordagem em parceria: os **CCF**, acerca dos quais me debrucei anteriormente, e, também, os **cuidados negociados**. Recapitulando, os cuidados centrados na família referem-se ao dar poder à família, partilhando informações e conhecimentos de forma a capacitá-la para participar na tomada de decisão e na

prestação de cuidados. Relativamente aos cuidados negociados, estes são considerados uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito entre os três elos envolvidos (criança-família-enfermeiro). O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um (*Ibid*).

Uma outra autora de referência, Kelly (2007), defende que os **Cuidados Negociados** (*Negotiated Care Model*) surgem como um modelo prático de parceria entre enfermeiros e famílias, afirmando esta autora que a negociação pode ser a chave para o estabelecimento de uma relação de confiança, podendo esta relação culminar numa consciencialização disso por parte da criança e podendo daqui resultar melhorias no seu estado de saúde. No entanto, segundo Hurtubise e Carpenter (2011), os cuidados em parceria entre criança, família e enfermeiros, e o inerente processo de negociação, são uma pedrapor limar e necessitam de ser trabalhados e estudados para que se chegue a um nível de eficácia desejável. Os pais precisam de ser apoiados, tendo como base a **negociação** do tipo e nível de participação que desejam ter nos cuidados à criança. A **negociação** de papéis é definida como uma discussão entre os pais e os profissionais de saúde, tendo como objetivo alcançar um acordo relativamente aos cuidados prestados à criança (*Ibid*).

Piggot *et al* (2003), por outro lado, referem que os pais muitas vezes podem sentir-se intimidados pelos profissionais de saúde, sendo esse um entrave ao estabelecimento de uma relação de negociação, afetando negativamente a sua capacidade de articular os seus desejos com a prática de cuidados à criança.

Na atual organização dos cuidados, **os enfermeiros** continuam a adquirir um posicionamento de total orientação e responsabilidade por todo o processo de cuidados, sendo o doente considerado objeto passivo dos mesmos, sem partilha ou envolvimento nas tomadas de decisão que lhe dizem respeito (Pereira, 2010). No entanto, tende-se a verificar uma mudança neste paradigma, tendo-se desviado a atenção para a pessoa alvo dos cuidados existindo uma consciência cada vez maior do papel decisório que detém nos assuntos que à sua saúde e à sua pessoa dizem respeito (Sousa, 2009).

Segundo Schattner *et al* (2002) o direito do utente controlar o seu tratamento implicou que a atitude paternalista por parte dos profissionais de saúde no contexto

de cuidados fosse substituída, pois aumentou o desejo de informação dos utentes acerca do seu estado de saúde e a sua participação nas decisões médicas. É neste contexto que surge o conceito de **empowerment**, cuja emergência surge na sequência da Declaração de Alma-Ata (1978), que pela primeira vez reconheceu a importância das pessoas assumirem o controlo e a responsabilização sobre a sua saúde, o que é posteriormente reforçado na Declaração de Jacarta (1997) ao ressaltar a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde.

De acordo com a OMS (2001), o **empowerment** é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas. Segundo esta organização, empoderar pessoas pode ajudá-las a compreender as suas próprias situações e a aumentar o controlo sobre os fatores que afetam as suas vidas.

Ao nível dos cuidados de enfermagem, o **empowerment** “conduz o doente à partilha de poder, à sua autodeterminação e ao assumir da responsabilidade pelas suas tomadas de decisão, tornando-o capaz de controlar a sua doença à medida que possui um maior conhecimento sobre a mesma” (Pereira, 2010, p. 2). De acordo com o Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (2005) “o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p. 109).

A abordagem do **empowerment** não apoia as atitudes por parte dos **enfermeiros** que favoreçam as suas tomadas de decisão unilateralmente, visto que o seu objetivo é a autonomia das pessoas e a sua participação a um nível de igualdade com os profissionais de saúde. Isto exige uma mudança de atitude nos profissionais de saúde, principalmente em relação à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades dos seus clientes em decidirem sobre assuntos relacionados com a sua saúde (Pereira, 2010).

Finalizando este subcapítulo, creio que se torna fundamental fazer ainda uma abordagem à filosofia dos **CNT** tendo em conta que esta foi norteadora da minha intervenção durante todo este meu percurso formativo.

Segundo a teoria de desenvolvimento de Erickson, cada estágio representa uma crise de desenvolvimento psicossocial, pelo que a forma como a criança organiza e experiencia as emoções é determinante, influenciando posteriormente as relações que esta estabelece com o meio que a rodeia (Diogo, 2015). Este conjunto de experiências emocionais permite que a criança adquira uma identidade psicossocial que se revelará fundamental ao longo da sua vida, pelo que, sempre que possível, ela deverá ter oportunidade de expressar as emoções negativas e geri-las de forma saudável, o que por si só constitui um meio para a promoção do bem-estar emocional (Pereira *et al*, 2010). Essa expressão de emoções torna-se ainda mais relevante quando compreendemos a criança/o jovem como seres em constante crescimento e desenvolvimento, pelo que o esforço dos profissionais de saúde deverá ser conduzido no sentido de minimizar o impacto negativo de uma experiência de doença. Contudo, se o impacto for positivo e a relação de cuidados for apoiante e securizante, a criança adquirirá um maior sentido de controlo sobre si, o que lhe permitirá envolver-se de forma mais intensa com o mundo externo, desenvolvendo autoconfiança e autoestima em vez de sentimentos negativos como a frustração (*Ibid*).

O ambiente hospitalar pode proporcionar às crianças novas experiências de socialização podendo ampliar as suas relações interpessoais. Os benefícios psicológicos devem ser considerados e as estratégias de enfermagem implementadas para que esta experiência seja uma oportunidade de desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste seguimento surge, então, o conceito de **CNT**.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), os **CNT** consistem em cuidados prestados por profissionais de saúde através de intervenções que minimizem o desconforto psicológico e físico em qualquer local ou sistema de cuidados de saúde. Assim, pode compreender-se que os **CNT** têm enquanto objetivo primordial o não causar dano, prevenindo ou minimizando a sensação de dor, promovendo a sensação de controlo por parte da criança. Além disso, deverá compreender-se que esta filosofia deverá ser intrínseca à prestação de cuidados do EESIP tendo em conta que as emoções dão sentido ao próprio cuidar na prática de enfermagem em contexto pediátrico, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, orientando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006).

Perante o anteriormente exposto, pode afirmar-se que a promoção do **papel parental**, da **parentalidade**, se evidencia enquanto uma intervenção pertinente e necessária por parte do enfermeiro na medida em que os **enfermeiros** “contribuem para os cuidados afectivos da criança, ajudando e estimulando os pais a participarem nos cuidados, ouvindo-os e confortando-os no seu sofrimento como forma de manter a unidade familiar intacta numa situação de doença” (Monteiro, 2003, p. 70). No subcapítulo seguinte será, assim, abordada a temática da promoção da parentalidade positiva.

1.2 Promoção da parentalidade positiva

A família é o principal núcleo cuidador e educativo, tendo um papel de extrema importância no desenvolvimento harmonioso das crianças (CE, 2008). No seio da dinâmica familiar, a **Parentalidade** define-se como “acção de (...) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai (...)” (ICN, 2009, p.43), podendo ser entendida como um processo de adaptação dos pais ao seu novo papel (Cruz, 2005). O autor referenciado define o conceito de **Parentalidade** como “um conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro na família e, fora dela, na comunidade” (p. 19).

Surgiu, entretanto, outro conceito, o de **Parentalidade Positiva**, que é definido como o comportamento parental assente no princípio do superior interesse da criança (sendo este princípio omissos na definição de “parentalidade”), e da promoção do seu desenvolvimento global e harmonioso, que procura assegurar a satisfação das suas necessidades e a capacitação da criança, de uma forma não violenta (sendo esta outra omissão relativamente ao conceito de “parentalidade”), que reconheça a criança e a oriente, recorrendo, para tal, à fixação de limites ao seu comportamento (CE, 2008). Tendo em conta estas características diferenciadoras dos dois conceitos, optei pelo de **Parentalidade Positiva** enquanto foco do meu trabalho.

Ainda de acordo com o CE (2008), constitui-se enquanto **princípio básico da parentalidade positiva** o reconhecimento das crianças e dos pais como detentores de direitos e sujeitos a obrigações e parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento da própria criança. As **recomendações** referem-se ao **compromisso** - sugere-se aos pais que proporcionem cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças; à **disciplina assertiva** - sugere-se aos pais que eduquem as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, sem violência de qualquer tipo, abolindo os castigos corporais; ao **ambiente emocional** - sugere-se aos pais que eduquem as suas crianças num ambiente de apreço e reconhecimento; ao **ambiente físico** - sugere-se aos pais que promovam um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança; ao **sentido de inclusão** na família - sugere-se aos pais que assegurem o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar; à **confiança mútua** - pais e criança podem olhar-se mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade; aos **exemplos positivos** - sugere-se aos pais que se constituam como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo-lhes pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis; e à **orientação e instrução** - sugere-se aos pais que desenvolvam permanentemente as suas competências parentais, com o intuito de definirem objetivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização.

Com base nestes conceitos, o exercício da **parentalidade positiva** envolve ajustamento e aprendizagem de competências necessárias ao desenvolvimento da parentalidade, proporcionando aos pais um aumento progressivo da confiança nas suas próprias competências (Fielden e Gallagher, 2008). A confiança dos pais na potencialidade das suas competências parentais exige dos profissionais de saúde uma **abordagem positiva**, antecipada e baseada nos pontos fortes, para que se concretize a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança (Heaman *et al*, 2005).

1.2.1 Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parentalidade Positiva

A **Parentalidade Positiva** é uma área pouco aprofundada no domínio da **enfermagem**, todavia, em 2010 evidenciou-se a introdução de um novo foco de atenção na versão 2.0 da CIPE denominado “Parentalidade Efectiva – Positive Parenting” (ICN, 2010).

Os EESIP ocupam uma posição privilegiada na promoção deste conceito devido à proximidade com a família nos diferentes contextos da prática de cuidados à criança. A consciência desta oportunidade aliada à “complexidade biopsicossocial e espiritual de cada família” (Neuman, citado por Tomey e Alligood, 2002, p. 216), constituiu o principal desafio assumido na escolha deste tema, norteando ele todo este percurso formativo. Para concretizar este mesmo percurso, procurei estabelecer uma **relação de parceria** com as famílias com as quais tive oportunidade de partilhar vivências e experiências.

Casey (1993) considera que os **CCF**, prestados em parceria com esta, constituem uma filosofia subjacente à Enfermagem Pediátrica, defendendo mesmo que “para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor” (p. 185) e reconhecendo que “os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança” (p. 233). Deste modo, esta foi uma das autoras cuja filosofia sustentou a minha intervenção durante este percurso formativo tendo sido adotados dois princípios fundamentais defendidos pela mesma: a **negociação** da participação parental nos cuidados à criança (consoante as competências e o desejo da família); e a atribuição de poder parental, o **empowerment**, através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento de competências por parte da família.

Hutcthfield (1999) criou uma pirâmide que exemplifica o caminho percorrido até que seja conseguido um nível de autonomia familiar no âmbito da prestação de cuidados. Em suma, a evolução desta pirâmide corresponde ao envolvimento necessário entre a tríade pais-enfermeiro-criança, para que posteriormente seja obtida a participação parental nos cuidados ao filho, estabelecendo-se uma relação de parceria, com suporte, apoio e supervisão do enfermeiro.

A **Promoção** como “(...) acção de ajudar alguém a começar ou a progredir (...)” (ICN, 2009, p. 131) da Parentalidade Positiva em Famílias Potencialmente Maltratantes, com ênfase não só no suporte e apoio mas, fundamentalmente, no reforço positivo do papel parental, foi assumida ao longo de todo o meu percurso formativo. Recorri a “estratégias motivadoras da criança e da família para a assumpção dos seus papéis em saúde” (OE, 2009, p.21), e esta temática norteou a minha tomada de decisão tendo em conta as especificidades das crianças/dos jovens em risco/perigo e, também, das famílias potencialmente maltratantes. Assim, torna-se pertinente abordar no próximo subcapítulo a temática dos maus tratos em crianças/jovens, assim como o contributo que o EESIP pode evidenciar junto destas crianças/jovens e das respetivas famílias.

1.3 Criança/Jovem em risco/perigo: uma oportunidade de intervenção para o EESIP

A definição de **criança/jovem em risco** é complexa, não existindo ainda uma definição concluída para o que se considera uma criança de/em risco, contudo, percebe-se a sua existência quando, “(...) por qualquer ato ou omissão, ocorre perigo para a vida, integridade corporal ou psíquica da criança, ou ainda, quando o menor se encontra em situação de abandono e desamparo, capazes de pôr em perigo a sua saúde, segurança, educação (...)” (Martins, 2008, p. 23). As **situações de risco** dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (Despacho nº 31292/2008, p.49210).

Uma vez que as situações de risco em crianças e jovens assumem múltiplas formas de expressão, algumas até dissimuladas, a efetividade da intervenção depende da capacidade de perceber o fenómeno. Assim, a DGS define que os **fatores de risco** dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Os fatores de risco, por si só, não provam a existência de maus tratos, todavia indiciam a probabilidade do seu aparecimento (DGS, 2011). Na tabela seguinte são apresentados os fatores de risco de maus tratos na criança/no jovem.

Tabela 1: Fatores de risco de maus tratos à criança e ao jovem.

Fatores de risco de maus tratos na criança/no jovem:
<ul style="list-style-type: none">- Nascimento prematuro/ de baixo peso;- Temperamento difícil;- Filho não desejado;- Défice físico ou psíquico;- Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento;- Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.);- Insatisfação das expetativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc.);- Excessiva dependência;- Viver em lar ou instituição;- Cuidadores vítimas de maus tratos em criança;- Défice de competências parentais;- Perturbações emocionais, mentais ou físicas que impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança;- Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente;- História de comportamento violento e/ou anti-social;- Desajustamento psicossocial/comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.);- Relações familiares conflituosas;- Inexistência de condições de habitabilidade;- Incapacidade de procurar/utilizar os recursos da comunidade;- Ausência de suporte social e familiar;- Ausência prolongada de um dos cuidadores;- Família disfuncional;- Insegurança económica/pobreza. <p>DGS (2011, p. 13)</p>

Na tabela anterior são referenciados os fatores de risco de maus tratos à criança/ao jovem aos quais o enfermeiro deverá estar especialmente atento. Segundo a DGS (2011), os objetivos da intervenção do enfermeiro nesta fase deverão ser a prevenção do aparecimento de maus tratos e, também, a colaboração com os cuidadores no desenvolvimento das suas competências parentais.

Após a deteção de fatores de risco, o enfermeiro deverá estar atento à evolução da situação, intervindo de modo a tentar evitar a evolução da situação para **Perigo**, ou seja, para uma situação de maus tratos efetivos. Creio que importa diferenciar os conceitos de Risco e Perigo. Assim, **Risco** é um conceito lato e diz respeito à vulnerabilidade da criança vir a sofrer maus tratos. Relativamente ao conceito de **Perigo**, este evidencia um sentido concreto e corresponde à objetivação do risco (DGS, 2011).

A evidência científica demonstra que os maus tratos a crianças/jovens correspondem a um dos problemas mais importantes entre os que afetam a qualidade de vida na infância e na adolescência, com consequências a vários níveis, designadamente no futuro das pessoas envolvidas. Mikami e Escobar (2001. p. 112) afirmam que “a violência doméstica infantil é considerada um problema de saúde pública (...)”. Os referidos autores referem, ainda, que para cada caso de violência contra crianças e adolescentes notificados existem pelo menos outros vinte que não chegam ao conhecimento das autoridades.

Deste modo, a DGS (2011) atribui significado a estas questões alertando os profissionais de saúde para as distintas situações de maus tratos às quais devem estar atentos, assim como aos seus sinais e sintomas, subdividindo as situações de maus tratos (ou seja, de perigo) em negligência, mau trato físico, mau trato psicológico/emocional, abuso sexual e Síndrome de Munchausen por Procuração, cada uma das quais com sinais e sintomas específicos que serão explicitados de seguida.

Entende-se por **negligência** a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados (DGS, 2011). Na tabela seguinte são apresentados os sinais e sintomas de negligência segundo a DGS (2011).

Tabela 2: Sinais e sintomas de negligência.

Sinais e sintomas de negligência:
<ul style="list-style-type: none">- Carência de higiene;- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;- Inexistência de rotinas, nomeadamente, alimentação e ciclo de sono/vigília;- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade e socialização) que não sejam devidamente acompanhadas;- Incumprimento do Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;- Doença crónica sem cuidados adequados;- Intoxicações e acidentes de repetição.
DGS (2011, p. 7)

Relativamente ao **mau trato físico**, este resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico (DGS, 2011). Na tabela seguinte são apresentados os sinais e sintomas de mau trato físico segundo a DGS (2011).

Tabela 3: Sinais e sintomas de mau trato físico.

Sinais e sintomas de mau trato físico:
<ul style="list-style-type: none"> - Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou genitais e nádegas); - Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada); - Alopecia traumática e/ou postura prolongada com deformação do crânio; - Lesões provocadas que deixam marca (por exemplo: fivela, corda, mãos...) - Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura); - Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura da metáfise; - Demora ou ausência na procura de cuidados médicos; - História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos cuidadores; - Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem...); - Alterações graves do estado nutricional.
DGS (2011, p.8)

O **mau trato psicológico** resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/do jovem (DGS, 2011). Na tabela seguinte são apresentados os sinais e sintomas de mau trato psicológico segundo a DGS (2011).

Tabela 4: Sinais e sintomas de mau trato psicológico.

Sinais e sintomas de mau trato psicológico:
<ul style="list-style-type: none"> - Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; - Comportamentos agressivos e/ou mutilação; - Excessiva ansiedade ou dificuldades nas relações afetivas interpessoais; - Perturbações do comportamento alimentar; - Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese); - Choro incontrollável no primeiro ano de vida; - Comportamento ou ideação suicida.
DGS (2011, p.8)

Relativamente ao **abuso sexual**, este corresponde ao envolvimento forçado de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade vise a satisfação sexual de um adulto ou de outra pessoa mais velha (DGS, 2011). Na tabela seguinte são apresentados os sinais e sintomas de abuso sexual segundo a DGS (2011).

Tabela 5: Sinais e sintomas de abuso sexual.

Sinais e sintomas de abuso sexual:
<ul style="list-style-type: none">- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção);- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;- Leucorreia persistente ou recorrente;- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;- Lesões no pénis ou região escrotal;- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;- Laceração do hímen;- Infeções de transmissão sexual;- Gravidez.
DGS (2011, p.9)

Finalmente, o **Síndrome de Munchausen por Procuração** diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando por vezes procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalares frequentes (DGS, 2011). Na tabela seguinte são apresentados os sinais e sintomas de Síndrome de Munchausen segundo a DGS (2011).

Tabela 6: Sinais e sintomas de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Sinais e sintomas de Síndrome de Munchausen por Procuração:
<ul style="list-style-type: none">- Ministras à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;- Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.
DGS (2011)

Perante o conjunto de sinais e sintomas anteriormente referidos, pode perceber-se se estamos ou não perante uma situação de maus tratos efetivos, ou seja uma

situação de **Perigo**. “Aos serviços é atribuída a responsabilidade de treino dos profissionais de saúde na identificação precoce das crianças em risco, diagnóstico das situações de risco de maus tratos, tratamento das vítimas e orientação para as estruturas de proteção adequadas (...)” (Martins, 2008, p. 25).

Importa também neste momento referenciar três conceitos que são cruciais neste relatório de estágio, sendo eles o de maus tratos à criança e jovem, o de criança maltratada e, também, o de família maltratante. Assim, os **maus tratos em crianças e jovens** dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (DGS, 2011). Relativamente à **criança maltratada**, esta situação consiste na existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual (de forma intencional, não acidental), contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (Barroso *et al*, 2011). Finalmente, relativamente ao conceito de **família maltratante**, esta consiste na existência de um ser em condições de superioridade ao nível da idade, força, posição social ou económica, inteligência ou autoridade, que comete dano físico, psicológico ou sexual sob uma criança/um jovem (Santos, 1991).

Em 2013, com a atualização PNSIJ, verificou-se a introdução de um novo enfoque nas questões relacionadas com os maus tratos, sendo este revelado nos **Cuidados Antecipatórios** calendarizados em consultas desde os 0 meses até aos 18 anos com a denominação de “Risco de Maus Tratos”. Esta mesma preocupação revelada pela DGS evidencia a necessidade de atenção por parte do enfermeiro aos fatores de risco de modo a que estes não evoluam para uma potencial situação de perigo. Assim, perante o anteriormente exposto, foi adotado neste Relatório de Estágio como conceito de **família potencialmente maltratante** o de família com, no mínimo, um fator de risco de maus tratos à criança/ao jovem, podendo o risco objetivar-se, ou não, em situação de perigo.

1.3.1 Situação de risco de maus tratos à criança/ao jovem: um stressor a considerar

“O modelo de Neuman constitui uma perspetiva dos sistemas que permite ao enfermeiro apreciar e cuidar da unidade familiar enquanto cliente” (Tomey e Alligood, 2004, p. 344). Assim, como futura EESIP, optei por fundamentar a minha atuação nos pressupostos do modelo teórico de **Betty Neuman**. Neste, a **pessoa** é definida como um sistema aberto, multidimensional e dinâmico em constante interação com o ambiente (Neuman e Fawcett, 2011). Relativamente ao conceito de **ambiente**, a autora define-o como “forças internas e externas que afetam e são afetadas pelo cliente” (Tomey e Alligood, 2004, p. 338).

“**Stressores** são estímulos produtores de tensão que resultam em stress; podem ser positivos ou negativos” (Tomey e Alligood, 2004, p. 337). Assim, este modelo permite-me atuar vendo a pessoa como um **sistema**, em permanente interação com o meio ambiente, sendo afetado por **stressores positivos** e **negativos** que lhe podem causar desequilíbrio. As minhas intervenções têm lugar, quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos da criança/do jovem e da família para que se atinja novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (fomentando a manutenção do equilíbrio da criança/do jovem e da sua família enquanto sistema).

“Neuman descreve a adaptação como um processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Existem muitas necessidades e cada uma pode perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente; por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Quando o processo de estabilização falha (...) ficando incapaz de estabelecer as suas necessidades, pode surgir a doença” (Tomey e Alligood, 2004, p. 336). O modelo de Neuman permite perspetivar os conceitos descritos numa abordagem integradora, centrando-se no stress e na reação do sistema face ao mesmo, visando a diminuição dos efeitos deste sobre a saúde.

Este modelo integra, então, os seguintes conceitos: **estrutura básica do núcleo**, que integra as variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural e espiritual; **linhas de resistência que rodeiam a estrutura básica** e que representam os fatores internos que ajudam na defesa contra o agente stressante; **linha normal de defesa e linha**

flexível de defesa que se referem, respetivamente, ao estado adaptativo normal e à barreira protetora dinâmica que evita que os stressores perfurem a linha de defesa do núcleo.

A autora defende que para melhor percepção desta totalidade da pessoa deverão ser percecionados **três níveis de prevenção** no sentido em que é o **corromper** de cada um destes por um stressor que nos leva ao seguinte: prevenção primária, secundária e terciária. A **prevenção primária** é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial. Assim, “a prevenção primária envolve a redução da possibilidade de enfrentar um stressor ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a reação ao stressor” (Tomey e Alligood, 2004, p. 337). Relativamente às prevenções secundária e terciária, estas são utilizadas depois do organismo enfrentar um stressor prejudicial. A **prevenção secundária** “visa reduzir o efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas de doença” (*Ibid*). Os recursos internos e externos do cliente são usados no sentido da estabilização do sistema para fortalecer as linhas internas de resistência, reduzir a reação e aumentar os fatores de resistência. Finalmente, a **prevenção terciária** “visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento” (*Ibid*). O objetivo principal deste nível de prevenção é fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o reaparecimento da reação. A autora defende, ainda, que as **intervenções** são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade.

Neuman define **enfermagem** como uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos stressores. Assim, o principal objetivo da enfermagem passa por prestar assistência à pessoa de modo a maximizar a estabilidade do seu sistema. Para que esse nível de estabilidade seja alcançado, são levadas a cabo intervenções intencionais que visam a redução dos stressores negativos (Neuman e Fawcett, 2011).

Perante o anteriormente exposto, creio que podemos afirmar que o fato do foco de intervenção deste trabalho se debruçar sobre **famílias potencialmente maltratantes** antevê que a intervenção levada a cabo pelo enfermeiro seja nos **três níveis de prevenção** defendidos pela autora: prevenção primária (quando são reconhecidos fatores de risco (ou seja, stressores negativos) não havendo situação

de perigo diagnosticada); prevenção secundária (quando a intervenção do enfermeiro se concretiza com a presença de sinais ou sintomas de maus tratos, mas sem que haja um diagnóstico de perigo efetivo) e ao nível da prevenção terciária (quando há efetivação de situação de perigo e presença de maus tratos à criança/ao jovem).

Assim, de acordo com a evidência, anteriormente mencionada, acerca pertinência da intervenção do enfermeiro na área da promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes, e tendo esta norteado o meu percurso formativo, procurarei no capítulo seguinte descrever e analisar as minhas experiências de estágio e as competências desenvolvidas que delas emergiram.

2. DE ENFERMEIRO GENERALISTA A ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO

A prática de enfermagem revela-se como um contexto de questões, dilemas e incertezas que incentivam uma prática reflexiva, sendo em si mesma um meio de se obter conhecimento (Benner, 2001). Deste modo, percebe-se que a reflexão é essencial para potencializar o crescimento profissional na medida em que implica um processo de autoconhecimento e de compreensão das próprias ações. Segundo Nascimento (2010), é com a experiência que o profissional desenvolve o seu conhecimento, promovendo as suas próprias interrogações e transformando a prática num contexto com elevado potencial de produção de conhecimento. Assim, apresento agora o capítulo deste relatório onde procederei à descrição e análise das experiências obtidas durante o meu estágio.

Segundo Betty Neuman, o Cuidado de Enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa que é entendida como um sistema mutável. De acordo com esta premissa, selecionei para locais de estágio vários serviços de saúde infantil e pediatria sendo eles os seguintes: uma USF, uma UCIN um SUP um serviço de internamento pediátrico oncológico e um serviço de consulta externa de pediatria. Este percurso pode ser esquematicamente compreendido através do **Cronograma de Estágio** que delineei (Apêndice I). A ordem e o tipo de serviços que selecionei tiveram inerente a intencionalidade de evolução por mim desejada: priorizei a passagem por contextos de promoção da saúde, passando depois para contextos de situação de doença. Finalmente, concretizei o meu último estágio no serviço em que exerço funções para que me fosse possível a concretização de um projeto cuja necessidade era, do meu ponto de vista, evidente: a criação de um grupo hospitalar de apoio à criança e jovem em risco.

Durante todo o meu percurso formativo o foco central da minha intervenção foi a **promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes**. A inclusão sistemática da família potencialmente maltratante nos cuidados que prestei remeteu-me para questões éticas, tendo os direitos da criança/do jovem e da

sua família e o respeito pela sua autonomia e vulnerabilidade sido respeitados em todos os contextos de estágio. Creio que é importante referir que esta descrição, análise e reflexão de experiências foi desenvolvida com vista à aquisição de competências comuns do EE e específicas do EESIP sendo elas, portanto, referidas ao longo de todo o capítulo de acordo com a oportunidade de experiências.

O segundo capítulo deste Relatório de Estágio encontra-se, então, dividido em quatro partes distintas. Numa primeira fase referir-me-ei aos objetivos gerais e específicos delineados com o intuito de desenvolver competências comuns do EE e, também, específicas do EESIP. Relativamente à segunda parte deste capítulo, a mesma incidirá sobre a descrição, análise e reflexão das atividades transversais a todos os locais de estágio. De seguida, apresentarei uma terceira parte onde me debruçarei sobre as atividades específicas de cada local de estágio, tendo estas surgido para dar resposta às necessidades detetadas nos distintos locais pelos tive oportunidade de passar. Finalmente, numa quarta parte do presente capítulo, debruçar-me-ei sobre as competências desenvolvidas durante os estágios realizados.

2.1 Objetivos gerais e objetivos específicos

Nunes (2010) defende que estabelecer objetivos é um dos pontos essenciais no desenvolvimento de um percurso profissional, sendo que sem a sua determinação não existe uma planificação concreta e plena das atividades. Carvalho e Carvalho (2006) referem que os objetivos devem ser pertinentes, mensuráveis, precisos, compreensíveis e exequíveis. Assim, defino enquanto **objetivo geral** o seguinte:

1. Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial enfoque na promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes.

Relativamente aos **objetivos específicos**, delinee os seguintes:

- A. Aprofundar conhecimentos sobre a parentalidade positiva;
- B. Aprofundar conhecimentos sobre os maus tratos à criança e ao jovem;

- C.** Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN, à criança e ao jovem em situação de saúde e/ou de doença;
- D.** Compreender a importância do internamento da criança/ do jovem como oportunidade de desenvolvimento e de enriquecimento pessoal;
- E.** Sensibilizar a equipa de enfermagem para os benefícios da promoção de comportamentos parentais positivos, assim como para a deteção precoce de sinais/sintomas de maus tratos;
- F.** Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem cuja temática passe pela promoção da parentalidade positiva;
- G.** Implementar uma estratégia promotora da parentalidade positiva em pais de crianças até 1 ano de idade num dos campos de estágio;
- H.** Promover a parentalidade positiva como estratégia de prevenção de maus tratos infantis em contexto de situação de doença aguda;
- I.** Refletir sobre o papel do EESIP dos distintos locais de estágio na promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes.

Para concretizar estes objetivos foi necessária a mobilização de recursos humanos, materiais e físicos. Relativamente aos recursos humanos, devo fazer referência ao contributo dos EESIP que orientaram os meus estágios e, também, às equipas de enfermagem com quem tive oportunidade de partilhar experiências. Além destes, as crianças e as suas famílias evidenciaram um papel fulcral na medida em que constituem um dos pilares fundamentais do cuidar em enfermagem pediátrica. Quanto aos recursos materiais e físicos, realço todos os locais de estágio pelos quais tive oportunidade de passar e, ao nível material, devo realçar a evidência científica à qual tive acesso através de bases de dados (tais como livros e artigos).

2.2 Atividades transversais a todos os locais de estágio

Neste subcapítulo darei a conhecer, então, as atividades transversais a todos os locais de estágio por onde passei tendo estas sido delineadas de acordo com as necessidades detetadas em cada local de estágio. Deste modo, iniciei todos os meus estágios com uma reunião com o enfermeiro orientador e, também, com o enfermeiro chefe do serviço para que concretizasse a oportunidade de apresentar o **“Guia Orientador de Atividades de Estágio”**. A apresentação incluiu o método expositivo e teve a duração de 15 minutos, aproximadamente. Nesta mesma reunião, dei a conhecer os objetivos gerais e específicos de estágio que desencadearam o projeto inicial e que nortearam todo o meu percurso formativo. Creio que estas reuniões e a discussão que as mesmas possibilitaram foram uma mais-valia devido ao fato de me terem proporcionado, em alguns casos, a identificação das necessidades e dos recursos de cada contexto de estágio.

A **consulta de normas e protocolos** de intervenção foi também importante para melhor compreensão da dinâmica de cada serviço. Silva (2003) defende que para a garantia da qualidade dos serviços é importante existir um investimento na formação dos profissionais de modo a concretizar um desempenho positivo das suas funções.

Paredes *et al* (2008) referem que a prática é um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão. Assim, elaborei documentos reflexivos sobre as minhas vivências e experiências, sempre com o objetivo de concretizar uma prática baseada na evidência. Este mesmo registo foi, então, realizado através da elaboração de **“Jornais de aprendizagem”** (Apêndice II). Alarcão (2001) refere que a construção e o desenvolvimento do conhecimento emergem de um processo de reflexão sobre a ação, portanto, os jornais de aprendizagem consistem numa construção de significados a partir de experiências.

Finalmente, creio tornar-se pertinente fazer menção a um documento que criei também para que fosse possível concretizar dois objetivos previamente delineados, sendo eles o de sensibilizar a equipa de enfermagem para os benefícios da promoção de comportamentos parentais positivos, assim como para a deteção

precoce de sinais/sintomas de maus tratos; e, também, promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem cuja temática fosse a promoção da parentalidade positiva. Deste modo, e tendo em conta o *Council of Europe* (2008), criei um **Algoritmo de Atuação na Promoção da Parentalidade Positiva** (Apêndice III). A criação deste documento prendeu-se com a dificuldade em juntar toda a equipa de enfermagem para a concretização de uma sessão de formação. Tal fato está relacionado com a necessidade de continuidade de cuidados às crianças/aos jovens e com o défice de recursos humanos, não sendo possível para todos os membros estarem simultaneamente presentes em formações. Assim, criei um documento que distribui aos enfermeiros das distintas equipas tentando, deste modo, fomentar a discussão e a partilha de ideias acerca da temática em questão. Tomei a iniciativa, ainda, de transformar este documento em **Poster** tendo-o exposto em cada um dos serviços em que tive oportunidade de estagiar.

Em cada local de estágio desenvolvi, assim, um conjunto de atividades indo todas elas ao encontro das competências do EE que tinha delineado para desenvolver neste estágio: **D.1.1** – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enquanto enfermeiro; **D.2.1** – Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; **D.2.2** – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade e **B.2.2** - Planeia Programas de Melhoria Contínua. Além disso, foram também ao encontro das competências do EESIP que tinha definido previamente: **E.1.2.4** – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex.: maus tratos, negligência e comportamentos de risco); e **E.1.2.5** – Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.

2.3 Atividades específicas de cada local de estágio

O processo de transformação de vivências em experiências exige a capacidade de reconhecimento dos próprios limites de cada pessoa (Abreu, 2007). Este processo exige uma dinâmica de transformação, possibilitando a autoformação através da reflexão e da pesquisa (Canário e Rummert, 2009).

Tendo em conta o anteriormente exposto, de seguida apresentarei as atividades específicas que desenvolvi em cada local de estágio, tendo elas sido fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE e específicas do EESIP. As atividades surgem por campo de estágio e a sua ordem está relacionada com a cronologia dos estágios, apresentando-se com a seguinte ordem: USF, UCIN, SUP, SPO e, finalmente, consulta externa de pediatria.

2.3.1 Unidade de Saúde Familiar (USF)

A USF na qual concretizei o meu estágio dispõe de uma equipa de profissionais constituída por 8 médicos e 8 enfermeiros. Esta USF é uma unidade de prestação de cuidados de saúde que assenta na equipa multiprofissional anteriormente descrita e é organizada segundo o modelo B. Relativamente aos enfermeiros da USF, estes exercem as suas funções segundo o modelo de “Enfermeiro de Família”, não por área geográfica mas por respetivo médico de família.

A influência do ambiente social é determinante para a saúde, portanto, creio que era importante contextualizar o anteriormente exposto. Todavia, é evidente a importância de uma adequada vigilância da saúde, nomeadamente ao nível da saúde infantil e juvenil. Assim, deparei-me na USF com um **Protocolo de Consulta de Saúde Infantil e Juvenil** que obedece, como é esperado pelo PNSIJ (2013), a três diretrizes fundamentais: calendarização das consultas para idades chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança e do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade; harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações à USF; e deteção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correção e que possam afetar negativamente o desenvolvimento da criança.

Tendo em conta o Protocolo de Saúde Infantil e Juvenil anteriormente exposto, assim como os objetivos que eu tinha previamente definido para o meu percurso formativo nesta instituição, durante o meu estágio na USF tive oportunidade de concretizar **Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil**. Durante a

concretização dessas mesmas consultas, foi por mim detetada a falta de um suporte teórico para ofertar aos pais acerca da introdução dos novos alimentos durante o primeiro ano de vida. Assim, criei um **Folheto Informativo em duas línguas distintas**, português (Apêndice IV) e inglês (Apêndice V) para que esta lacuna fosse colmatada dando resposta às necessidades das famílias cuja língua fluente não fosse o português.

Tal como referi anteriormente aquando do delineamento dos meus objetivos específicos, propus-me a implementar uma estratégia promotora da parentalidade positiva em pais de crianças até 1 ano de idade num dos meus locais de estágio. Assim, apresentarei de seguida uma situação em que concretizei este objetivo. Neste local de estágio, o EESIP que realiza esta consulta faz a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com base na Escala de Avaliação de Mary Sheridan. Deste modo, e de acordo com o PNSIJ (2013), o 4º mês apresenta-se como uma das idades chave para a vigilância da saúde infantil.

Num dia de consulta de saúde infantil, dirigiu-se à consulta de enfermagem de saúde infantil um lactente de 4 meses acompanhado pela sua mãe. Aquando da realização da consulta de enfermagem, foi detetado um sinal de alerta: a criança não seguia os objetos com os olhos, mantendo sempre as mãos fechadas. Assim, e após a realização da restante avaliação e cuidados antecipatórios relacionados com a alimentação, com os hábitos de sono, com o desenvolvimento, com os acidentes, a segurança e a vacinação, considerei que deveria ter uma intervenção que abrangesse também a promoção das competências parentais da mãe. A deteção precoce deste sinal de alerta permitiu-me o desenvolvimento da competência específica do EESIP **E.1.1** previamente delineada por mim enquanto necessitada de desenvolvimento - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem.

A senhora em questão revelou problemas de consumo de álcool e drogas durante a gravidez, tendo cessado os mesmos após o nascimento do filho. Aquando da deteção do sinal de alerta ao nível da visão, a mãe referiu: *“Ele não vê, não é? Eu já sei...”*, olhando-o com angústia. Esta mãe já tinha, portanto, percecionado anteriormente esta situação, todavia, não nos alertou para a mesma tendo em conta,

possivelmente, o sentimento de culpa que detinha. Assim, estando eu apenas acompanhada pela mãe e pela criança no gabinete, no ambiente acolhedor de um gabinete de pediatria e, além disso, sentindo eu disponibilidade por parte da mãe para conversar comigo, tomei a iniciativa de falar com esta acerca das possíveis consequências dos comportamentos por si adotados durante a gravidez - o que poderiam acarretar, alertando-a para o fato de poder ser, ou não, um atraso de desenvolvimento resolvendo-se a longo prazo com ou sem intervenções médicas - tranquilizando-a acerca do encaminhamento para um acompanhamento competente por parte do hospital de referência. Para além disso, falei com ela acerca do **princípio do compromisso**, sugerindo à mãe que esta se comprometesse a **prestar cuidados** e dar **atenção regular** ao seu filho; do **princípio da promoção de um ambiente emocional adequado**, na medida em que seria importante para a criança estar inserida num **ambiente de reconhecimento e apreço**; e, também, foi por nós conversado que o fato de mãe proporcionar exemplos positivos ao seu filho faria com que ela fosse um **modelo emocional positivo** para a criança, sugerindo-lhe que ela lhe transmitisse **pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis**. No final da conversa foi também importante relembrar-lhe que o seu filho era único, com características ímpares, e seria necessária uma aprendizagem de ambos para que fosse possível culminar num **nível de confiança mútuo**. Estes são alguns dos princípios básicos da parentalidade positiva mencionados pelo *Council of Europe* (2008). Assim, creio que a mãe se sentiu mais tranquila quando percebeu que o encaminhamento para o hospital de referência era a decisão tomada para dar resposta à necessidade detetada naquele momento. Além disso, creio que a tranquilidade surgiu também como fruto da nossa conversa, dado que os reforços positivos à mãe foram uma constante durante aquele momento de partilha.

Segundo Gomes-Pedro (1986) todo e qualquer sinal proveniente da atividade motora do bebé, ou qualquer sinal sonoro, passam a ser sinais de comunicação entendidos como uma intenção, possuidores de uma força interativa e com um potencial enorme - especialmente para os pais. Casey (1988) refere que para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, portanto, foi também baseada nestes autores que **promovi as competências parentais** desta mãe, evidenciando-lhe **reforços positivos** acerca de determinados comportamentos que manifestou

durante a consulta, e alertando-a também para o fato de o seu bebê precisar de si desmedidamente. Além disso, Sanders e Buchner (2006) referem que orientação dada às mães pelos **enfermeiros** pode ter um impacto positivo no processo de transição para a maternidade, portanto, percebi que este poderia ser um momento propício à minha intervenção, podendo esta ser assertiva e evidenciar resultados positivos.

Esta foi uma situação que exigiu uma maior disponibilidade temporal, tendo a consulta de enfermagem ultrapassado o tempo preconizado para a mesma, e tendo acarretado um atraso no atendimento da criança seguinte, todavia, creio que aquele era o momento oportuno para concretizar esta intervenção. Penso que devido a esta intervenção não programada consegui ajudar esta mãe a **minimizar o seu sentimento de culpa**, promovendo a **relação de enamoramento** entre ambos, tal como Brazelton (1990) refere, realçando as competências parentais da mãe e promovendo uma parentalidade positiva. O resultado positivo que refiro pode percecionar-se através do pedido da mãe para vir ao meu encontro novamente na próxima semana de modo a podermos voltar a falar e a tirar dúvidas (caso as tivesse) sobre o seu bebé.

Durante o meu estágio na USF tive ainda oportunidade de **vacinar**. “Através da vacinação milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses de aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento” (DGS, 2017, p. 15). Esta visão apoia a pertinência da minha intervenção na prestação de cuidados à criança/ao jovem e à família no âmbito da vacinação.

O procedimento de vacinar ultrapassa a tecnicidade, pois requer que o enfermeiro mobilize conhecimentos relacionados com as patologias a prevenir, as reações adversas possíveis e as estratégias da sua resolução, assim como com os **CNT**, comunicando com a criança/o jovem de acordo com as diferentes etapas de desenvolvimento. A minha intervenção nesta área foi, assim, ao encontro da necessidade de desenvolvimento da competência **E.1.2.1** do EESIP – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. Atendendo à especificidade das situações, propus-me a realizar **educação para a saúde** transmitindo estas informações aos cuidadores

da criança. O momento em que a criança é vacinada pode representar para ela uma vivência emocionalmente intensa, com um potencial traumático associado à dor do procedimento técnico. Deste modo, a minha intervenção enquanto futura EESIP teve enquanto objetivo a tentativa de minimizar o sofrimento através da implementação de medidas não farmacológicas. Assim, posso concluir que fui ao encontro de três outras competências do EESIP que tinha definido enquanto necessidades de desenvolvimento por mim: **E.2.2** – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem, otimizando as respostas; **E.2.2.2** – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; **E.2.2.3** – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. Esta implementação de medidas está incluída nas boas práticas de enfermagem, tendo eu tido em conta a idade da criança e as suas experiências anteriores durante a prestação dos meus cuidados. A mobilização de técnicas de distração aliadas ao brincar e a uma comunicação adaptada a cada criança, com palavras num tom de voz tranquilo, foram por mim utilizadas aquando do procedimento técnico.

Esta experiência de estágio foi enriquecida pelo contato que me foi possível ter com crianças de várias culturas, não estando elas condicionadas pela doença, indo ao encontro do objetivo específico que tinha delineado previamente de prestação cuidados de enfermagem especializados ao RN, à criança e ao jovem em situação de saúde e/ou de doença. Além disso, este estágio permitiu-me comunicar com a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e com sua cultura, desenvolvendo técnicas de comunicação adequadas. Assim, creio ter ido ao encontro da competência **E.3.3** do EESIP – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao seu desenvolvimento e à cultura.

2.3.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

O segundo local que selecionei para desenvolver o meu estágio e, também, para me auxiliar no desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EESIP foi uma UCIN. Este serviço era, desde o início, aquele que maior curiosidade me despertava, tendo em conta que, pessoalmente, não tinha ainda exercido

funções na área da neonatologia e, além disso, tendo em conta também as especificidades da área – prova disto é o fato do período de integração de um enfermeiro neste serviço ter a duração de um ano. Assim, foi com expectativa que cheguei à UCIN.

Neste serviço são prestados cuidados a crianças com menos de 28 dias de vida, nascidas na maternidade do hospital ou transferidas de outros serviços ou hospitais. O serviço tem oito incubadoras e quatro berços de internamento e a equipa de enfermagem é constituída por trinta enfermeiros, sendo a maioria destes especialista em saúde infantil e pediatria.

Neste serviço, percebi que, além da maioria dos enfermeiros ser EESIP, estes detêm, tal como é esperado num EESIP, características que me permitem considerá-los peritos em neonatologia, tendo sido este um motivo que me fez refletir durante este estágio. Com base nos níveis de competência de Benner (2001), um perito deve possuir conhecimento não só percetivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada que lhe permita prestar cuidados individualizados e numa perspetiva holística.

Apesar de inseridos num ambiente tecnicista, a maioria dos EESIP deste serviço atribuem extrema importância ao processo de vinculação que, segundo Bowlby (2002, p. 219), consiste na “primeira relação humana de uma criança; pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade”. Conscientes da importância do estabelecimento desta relação, estes enfermeiros promovem o desenvolvimento do RN e do bem-estar familiar proporcionando aos pais uma participação ativa nos cuidados prestados, como verdadeiros parceiros. Segundo Casey (1993), a capacidade de negociação com os pais é uma estratégia essencial para o desenvolvimento do potencial do RN. Esta capacidade é inerente às funções do EESIP, que “negoceia a participação (...) da família em todo o processo do cuidar (...) rumo à independência e bem-estar” (OE, 2009, p. 21).

A prematuridade e o internamento hospitalar após o nascimento são fenómenos que alteram a normal adaptação à parentalidade. Assim, o desafio colocado aos pais no âmbito da parentalidade positiva é evidente, uma vez que se veem confrontados com sentimentos de negação, perda, impotência, fracasso e culpa (Jackson *et al*, 2003), associados a fatores como o ambiente estranho, a necessidade de separação

do filho, a sua condição física e a incerteza da sobrevivência (Baldini, 2001; Fowlie e Mchaffie, 2004).

Segundo Heerman *et al* (2005), podem ser observados quatro estádios do comportamento parental até que seja possível a sua participação nos cuidados. Inicialmente, os pais apenas se interessam pela informação clínica e, à medida que permanecem junto ao RN e observam a prestação de cuidados pelos profissionais, consciencializam-se do seu papel para, posteriormente, desempenharem as suas funções. O EESIP assume o desafio de compreender e respeitar cada estágio e reação por parte da família, de modo a “avaliar o desenvolvimento da parentalidade” (OE, 2009, p. 23). Concretamente neste estágio, senti que esta era uma preocupação dos EESIP da UCIN que, estimulando o envolvimento parental nos cuidados, compreendem e respeitam o tempo necessário para cada família.

Segundo Marques e Sá (2004), estudos demonstram que nos últimos 20 a 25 anos os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. No caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal, a agressão à criança é oito vezes mais frequente do que dos RN de termo e saudáveis. O fenómeno de vinculação e interação entre a criança e a família em contexto hospitalar, com ênfase no ensino aos pais das competências do RN, é uma função do EESIP na medida em que este promove o “comportamento interativo e o contacto físico entre os pais e o RN” (OE, 2009, p. 23).

No âmbito da parentalidade positiva, Benzies *et al* (2008) reforçam a importância de estratégias promotoras do apego que ajudem os pais a adquirir a sensibilidade necessária ao choro e às solicitações da criança. Assim, a experiência do jogo e da brincadeira são oportunidades de interação que os pais podem aproveitar para perceber as qualidades e comportamentos positivos da criança, podendo, ainda, assumir atitudes que melhorem as trocas afetivas: expressões emocionais direcionadas, alegria nas respostas, afeto através de carícias e palavras que indiquem ternura e atitudes protetoras sem punições ou rejeições (Russel, 1997).

Pessoalmente, este estágio foi um dos mais enriquecedores tendo em conta o fato da implementação de estratégias de parentalidade positiva com famílias potencialmente maltratantes ter sido concretizada durante o mesmo. Deste modo, seguidamente apresentarei um exemplo da minha intervenção.

Num turno da tarde deu entrada no serviço um RN com diagnóstico de gastroesquísia. O bebé nasceu com 35 semanas e 2 dias de gestação, sendo, portanto, recebido na UCIN para estabilização inicial e, posteriormente, cirurgia. Aquando da consulta dos antecedentes pessoais e familiares do bebé colhidos na maternidade, percebemos que esta situação merecia especial atenção, carecendo de intervenção a nível familiar, dado que estávamos perante uma mãe com 18 anos, residente fora do distrito em que o hospital estava inserido, que sofria de violência doméstica por parte do seu pai, avô da criança, desde há cinco anos. Nesse mesmo conjunto de informações pré-recolhidas pela equipa de enfermagem que acompanhou a família na maternidade, constava ainda que o pai da criança vivia fora de Portugal, não tendo estado presente na maternidade, nem tendo ainda vislumbrado o seu filho presencialmente.

Nos primeiros dias de internamento a criança não teve visitas, dado que a mãe se encontrava ainda internada. No segundo dia, foi ao encontro do pequeno A. a sua avó, que o visitou após confirmação de identidade e contato telefónico de confirmação com a mãe de que a mesma o poderia fazer. A partir dessa data foi, então, possível à equipa de enfermagem conhecer a avó e, no dia seguinte, também a mãe do RN que iniciou as visitas ao filho, tornando-se estas diárias. Durante todo este período, este RN foi-me atribuído a nível de **prestação de cuidados**, com supervisão da enfermeira orientadora do meu estágio, tendo eu a oportunidade de intervir junto desta família.

Considerei que intervir ao nível da promoção da **vinculação precoce** entre a mãe e o bebé seria uma prioridade dado que, segundo Barros (2001), os pais ativamente envolvidos nos cuidados aos filhos, ao longo do internamento, desenvolvem um vínculo mais forte com o bebé. Através desse envolvimento mais direto nos cuidados, vão sendo reduzidos os sentimentos de ansiedade, tristeza, impotência e confusão que habitualmente são vivenciados durante o internamento. Para que isso aconteça, o **enfermeiro** deve ajudar os pais a adquirirem competências parentais positivas e ajudá-los a descobrir e lidar com as características específicas dos seus filhos, com o intuito de os preparar para assumirem, gradualmente, a responsabilidade total pelos cuidados (*Ibid*).

O **enfermeiro** assume um papel preponderante para minimizar as consequências negativas resultantes da recente separação inesperada decorrente do parto prematuro e consequente internamento de bebê, devendo instituir um plano assistencial ao RN e à família, de modo a promover a continuidade do processo de vinculação (Moreno *et al*, 2005). Concretamente neste caso, esta foi uma preocupação da equipa de enfermagem dado que, além do afastamento físico inicial derivado do internamento da mãe e do bebê, estávamos perante uma família com antecedentes familiares de maus tratos e, segundo a APAV (2011), a conflituosidade e hostilidade existentes em contexto familiar aumentam o risco de mau trato contra as crianças/ os jovens.

Segundo Cox (2002), as barreiras físicas presentes na UCIN, como as incubadoras, dificultam o desenvolvimento de laços afetivos entre pais e filhos, não havendo de forma frequente um acesso livre das famílias ao ambiente imediato da criança. De forma a contornar esta problemática de separação, o **método canguru** pareceu-nos uma intervenção de enfermagem adequada e benéfica para a **promoção da vinculação precoce**, assim como para o **desenvolvimento de competências parentais** desta jovem mãe.

Os **enfermeiros**, especificamente em neonatologia, devem estar conscientes de que são o elo principal de ligação entre o RN e os pais, podendo estabelecer com eles uma relação de ajuda. Os pais anseiam por atitudes e competências por parte dos enfermeiros, não só em relação aos cuidados ao seu filho, como também na relação que criam com eles, promovendo e restaurando, de forma continuada, o relacionamento dos pais com o RN e com a própria equipa multidisciplinar (Pereira, 1998). Os pais devem ser encorajados a permanecer junto do bebê, a interagir com ele de uma forma gradual, e, por último, a prestar-lhe cuidados. Esta **parceria** reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança (Ferreira e Viera, 2003).

O **método canguru** promove a proximidade pais-filho, estimulando o processo de vinculação. O enfermeiro deve incentivar os pais para a estimulação tátil, para o contato pele com pele, respeitando os seus sentimentos e necessidades reais, estando atento às respostas de cada bebê, tendo sempre em conta a promoção do processo de **vinculação** (Moreno *et al*, 2005). O enfermeiro, ao sugerir e planear o

método canguru com as famílias, está a dar oportunidade a um leque de benefícios para o bebé. Existem evidências relativamente à diminuição das respostas à dor, no estabelecimento do vínculo precoce, na manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória, na estabilidade térmica, no desenvolvimento neuro-comportamental e na promoção e manutenção do aleitamento materno (*Ibid*). Para os pais, é evidente uma sensação de parceria efetiva nos cuidados, é estimulada a sua confiança e autonomia, facilitando o processo de aquisição de competências para cuidar de um bebé pré-termo. Especificamente no caso deste RN, esta realidade foi verificada, sendo evidente por parte da mãe um elevado grau de satisfação, chegando mesmo a referir que o contato pele com pele era “a melhor sensação do mundo”. Além disso, a **proximidade** que esta intervenção me permitiu criar com a mãe foi também facilitadora do estabelecimento de uma **relação empática**, tentando eu ir ao encontro das suas necessidades. Assim, e no decorrer das nossas conversas, foi-lhe sugerido que ficasse em Lisboa, numa casa que recebe famílias de crianças internadas, durante o período de internamento do seu bebé – devido ao fato de viver a cerca de 130 km de distância de Lisboa, a mãe fazia as viagens diariamente de comboio. Esta sugestão foi aceite pela mãe, manifestando um elevado nível de satisfação. Além disso, foi também perguntado à mãe qual o local em que esta pretendia viver após a alta do seu filho. A mesma referiu-nos que tinha receio de ir para casa devido ao risco de maus tratos por parte do avô do bebé, mas que não teria outro sítio disponível. Assim, em parceria com a assistente social do hospital, foram contactadas algumas instituições que recebem famílias nestas circunstâncias, tendo sido selecionada uma delas. O pai da criança manteve-se ausente durante todo o internamento, todavia, a mãe mostrou fotografias do mesmo à equipa de enfermagem, constando o nome do mesmo no registo do bebé.

Esta foi uma situação que especial gosto me deu trabalhar e cujos resultados foram reveladores de sucesso, indo ao encontro das competências do EESIP que tinha delineado para desenvolver durante este estágio: **E.3.2** - Promove a vinculação de forma sistémica, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais; **E.3.3** - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; **E.1.2.4** – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex.: maus tratos, negligência e comportamentos de risco); **E.1.2.5** – Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências

e prevenção; e **E.1.2.6** – Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. A prestação de cuidados ao RN, a promoção da vinculação precoce entre a mãe e o bebé, o estabelecimento de uma relação de ajuda com a mãe e, também, o encaminhamento desta família com antecedentes familiares de maus tratos para uma instituição que a pudesse receber foi o culminar da intervenção planeada e discutida com a EESIP orientadora do meu estágio, com a restante equipa de enfermagem e com a equipa multidisciplinar.

Para finalizar a descrição e análise das minhas atividades durante o meu estágio na UCIN, não poderia deixar de fazer referência à minha participação no “**Curso de Massagem ao Bebê**”. Este curso foi criado pela equipa da UCIN, sendo composto por um conjunto de quatro sessões em quatro dias consecutivos e ministrado pelos EESIP da UCIN, sem custos monetários para os pais. Sendo esta uma oportunidade de intervenção ao nível da promoção das competências parentais, creio que a criação deste curso evidencia a preocupação acerca do estabelecimento de uma vinculação precoce por parte da equipa de enfermagem da UCIN. Com a participação neste curso, e tendo em conta a minha participação na reestruturação de algumas sessões, fui ao encontro da competência **B.2.2** do EE - Planeia Programas de Melhoria Contínua, assim como da competência **B.3.1** do EE – Promove o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.

2.3.3 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

A definição de urgência é complexa uma vez que depende da perceção do indivíduo face à sua problemática de saúde, todavia, a DGS (2001) considera que esta engloba as situações clínicas de aparecimento súbito, de maior ou menor gravidade, com um risco associado de falência das situações vitais. Segundo Neto *et al* (2003), este é um serviço com uma estrutura, organização e funcionalidade próprias, em que se verifica um trabalho intenso a nível físico e emocional.

O SUP em que realizei estágio era por mim conhecido dado que há cerca de quatro anos tinha exercido funções no mesmo. Este mesmo serviço dispõe de duas salas

de tratamentos, de uma sala de triagem e de seis gabinetes de observação médica. Deste modo, no âmbito deste estágio, colaborei com a equipa de enfermagem na **prestação de cuidados** à criança/ao jovem e à família em situação de doença aguda (tais como colheitas analíticas, aerossóis ou administração de injetáveis), tendo adaptado a minha comunicação às distintas faixas etárias com as quais me deparei, desenvolvendo a competência **E.2** do EESIP: Mobiliza recursos oportunamente para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência (...) recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Tendo em conta a familiarização que evidenciava com este local de estágio, a receção e adaptação por parte da equipa de enfermagem foi facilitada. Assim, consegui, para além da prestação de cuidados com supervisão da EESIP que me orientou, detetar outras situações para as quais não estava suficientemente atenta há quatro anos atrás. Deste modo, percebi que as recorrências a este serviço eram, muitas vezes, evitadas se a procura dos cuidados de saúde primários fosse realizada atempadamente. Tendo em conta procura diminuta dos cuidados de saúde primários com o intuito de prevenção e educação para a saúde, a procura dos serviços hospitalares em situações de doença aguda evidencia-se injustificada em muitas situações (DGS, 2001). Este fenómeno leva, consecutivamente, à procura indevida de serviços, tais como as urgências hospitalares (*Ibid*). No decorrer do meu estágio, esta foi uma situação que verifiquei também, pois muitas das situações às quais a equipa deu resposta poderiam ter alcançado a sua resolução ao nível dos cuidados de saúde primários. Para a criança/o jovem e para a sua família, esta problemática evidencia consequências, tendo eu verificado um maior desgaste físico ao nível dos profissionais de saúde e, também, um grau de insatisfação elevado por parte dos clientes devido ao tempo de espera.

Fazendo um breve resumo da minha experiência neste serviço, inicialmente tive oportunidade de passar pela **sala de triagem**. Nesta é concretizado o primeiro contato com a criança/o jovem e a sua família sendo percecionada a gravidade da situação e iniciado o seu encaminhamento. O desenvolvimento de competências ao nível da triagem foi para mim evidente uma vez que tive necessidade de mobilizar e aprofundar um vasto conjunto de conhecimentos ao nível de doenças comuns de idade pediátrica. Deste modo, creio ter desenvolvido as competências do EESIP **E.1.2.1** – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades,

implementando respostas de enfermagem apropriadas e **E.1.1.4** – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença - na medida em que as distintas situações com as quais me deparei exigiram de mim a concretização de ensinamentos aos pais, ajudando-os a adquirir competências para um exercício eficaz do seu papel (capacitação para a parentalidade).

Relativamente à **sala de tratamentos**, tive oportunidade de colaborar na administração de terapêutica à criança/ao jovem. Esta sala de intervenção de enfermagem é aquela em que se verifica um maior número de intervenções de enfermagem e a maioria provoca desconforto na criança, no entanto, a utilização de anestésicos tópicos, de sacarose e a implementação de estratégias de distração são estratégias utilizadas por toda a equipa de modo a minimizar estas situações, trabalhando sempre em **parceria** com os pais e concretizando uma relação baseada na **negociação**. Assim, neste contexto tive oportunidade de desenvolver as competências específicas do EESIP **E.2.2.2** – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; e **E.2.2.3** – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

Uma situação que evidencia e exemplifica a aplicação do **processo de negociação** durante este meu estágio é a que seguidamente apresentarei. Na sala de triagem do SUP surgiu a seguinte situação: uma menina de 5 anos deu entrada por apresentar um quadro de vômitos há dois dias, acompanhados de febre que cedia à medicação. Após a triagem, a criança foi observada pelo médico, que prescreveu um polieletrólítico para que os líquidos e sais minerais perdidos pudessem ser repostos. O soro de hidratação oral que existe no serviço tem sabor a limão não sendo, segundo as crianças, agradável de beber. E a verdade é que a M. rejeitou a ingestão da solução. Perante a situação, e após reflexão com enfermeiros do serviço, pensou-se em substituir o soro de hidratação oral por um chá açucarado, que, nesta situação não iria ter efeitos contrários aos desejados inicialmente. Assim, e após conversar com o médico, conseguiu-se que a prescrição fosse alterada para o chá açucarado que tínhamos proposto, tendo a criança ingerido a totalidade do conteúdo de um copo, com tolerância do mesmo.

Neste momento, e após refletir com algum distanciamento sobre a situação, revejo a importância do **processo de negociação**. Juntos, chegámos a um consenso sem esquecer nenhuma das partes envolvidas neste processo. Os nossos objetivos, enquanto equipa de profissionais de saúde, foram cumpridos. O intuito da mãe, que era recuperar a saúde da filha, não foi também descurado: ela só queria o melhor para a sua filha e o sofrimento que a ingestão da primeira solução estava a causar, juntamente com o seu processo de doença, não estavam a deixar aquela mãe satisfeita. Quanto à criança, elo fundamental nesta tríade pais-enfermeiro-criança, o seu desejo foi também realizado. A ingestão forçada de uma solução que o seu organismo estava a rejeitar à partida não iria, certamente, ajudá-la. O choro intenso juntamente com a negação da ingestão da solução poderia, aliás, provocar um quadro de vómitos, como já tinha sucedido noutra situação, segundo indicação da mãe.

Uma outra ilustração do **processo de negociação** é a que seguidamente darei a conhecer. Num dos turnos, chegou à sala de triagem uma criança de 5 anos, tendo sido triada por mim, com supervisão da EESIP orientadora do meu estágio. Durante a triagem esta menina, juntamente com a sua mãe, deu-me a conhecer a sua semiologia: odinofagia e febre com dois dias de evolução.

Após a observação médica, foi, então, prescrito um exame de pesquisa de *Streptococcus Aureus* (PhA directo). Este exame é um pouco invasivo provocando uma sensação de desconforto, fato pelo qual a criança não aceitava, inicialmente, realizá-lo, afirmando mesmo a ausência de odinofagia perante a realização da técnica e negando a sua concretização.

Relativamente às intervenções de enfermagem a esta criança, estas passaram essencialmente por falar com ela, tentando ir ao encontro das suas dúvidas relativas ao procedimento. Assim, tive uma conversa com a criança, tentando mostrar-lhe o quanto aquele exame seria importante naquele momento. Há que ressaltar neste ponto que, tal como refere Phaneuf, (2005), a comunicação terapêutica é diferente de uma conversa social, ou seja, a minha intencionalidade nesta fase era exclusivamente terapêutica, tentando concretizar o bem-estar, o conforto e a adaptação da criança ao seu estado de saúde. Assim sendo, expliquei à criança que aquele procedimento consistia numas “cócegas” que um “cotonete” faria na sua

garganta e servia para verificar qual o “bichinho” que estava a provocar-lhe a dor para que, posteriormente, fosse selecionado um medicamento para “mandar embora” o respetivo “bichinho”, e a dor de garganta e a febre terminassem. Optei, ainda, por deixá-la manipular o coletor da amostra, tentando compará-lo a um cotonete de ouvidos. Disse-lhe, também, que o exame demorava apenas alguns segundos e que, no final, lhe daria uma “medalha de bom comportamento” para que ela pudesse levar para a escola e mostrar aos seus amigos, negociando, assim, a sua colaboração. Após esta conversa, a A. compreendeu, então, o objetivo da realização daquele exame, tendo colaborado na realização do mesmo. No final, referiu que não tinha sido muito difícil, tendo ficado muito feliz com o autocolante que levou na camisola.

Segundo Engel (2002), devido ao aumento da capacidade de comunicação nas crianças de idade pré-escolar, o enfermeiro pode indicar à criança como e quando é desejável a sua cooperação. Em particular, as crianças desta faixa etária conhecem a maioria das partes externas do corpo e podem estar interessadas na finalidade das diversas etapas das técnicas realizadas. Permitir que a criança em idade pré-escolar manipule os equipamentos pode diminuir os seus temores, ajudando-a nas respostas a perguntas sobre como é utilizado o equipamento.

O objetivo de realizar aquele exame era o de conhecer a presença ou ausência de *Streptococcus Aureus* foi, então, atingido, na tentativa de conciliar a comunicação com a negociação e com a informação, ajustando-as à faixa etária (pré-escolar) da criança. Tal como é defendido pela OE (2003), a relação interpessoal está subjacente a todo o cuidado, centrando-se o exercício profissional da enfermagem nessa mesma relação.

Desta forma, nesta situação, julgo que o fato de ter transmitido à criança toda a informação relativamente ao procedimento e ao objetivo da técnica facilitaram a sua colaboração, tendo um impacto significativo na relação estabelecida entre nós e, também, no resultado final: a satisfação da criança, da família, e da equipa de profissionais de saúde envolvida. A chave para o estabelecimento desta relação é, no entender de Smith (1995), o dar poder à criança e à família, partilhando conhecimentos e informações.

Perante as situações anteriormente descritas, creio poder afirmar que tive oportunidade de desenvolver durante este estágio as competências **E.1.1.1** do EESIP – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; e, também, a competência **E.1.1.5** – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

2.3.4 Serviço pediátrico de oncologia (SPO)

O serviço de internamento que selecionei para o meu estágio foi um serviço pediátrico de oncologia. O serviço de pediatria é constituído por três setores distintos e complementares entre si: o internamento pediátrico, o hospital de dia pediátrico e a consulta externa de pediatria, tendo como objetivo prestar assistência adequada à criança/ao jovem e à família em todas as fases da doença na área oncológica médica e cirúrgica. Neste serviço são admitidas crianças com doença oncológica médica e cirúrgica nas diferentes fases da doença (diagnóstico, estadiamento ou tratamento curativo/paliativo). Atualmente, a legislação contempla a idade pediátrica dos 0 aos 18 anos, todavia, por falta de recursos humanos e materiais o serviço recebe crianças/jovens apenas até aos 15 anos e 364 dias, bem como as suas famílias. Existe, no entanto, uma exceção dado que as crianças que sofrem uma recaída após algum tempo de remissão da doença são readmitidas no serviço de pediatria, mesmo que ultrapassem os 15 anos e 364 dias.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 30 elementos, dois dos quais EESIP. Relativamente à equipa multidisciplinar, esta engloba enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos administrativos, psicólogo, educadores de infância, médicos pediatras, assistente social e dietista. O serviço de internamento é de grandes dimensões, com duas amplas alas que têm a capacidade para acolher cerca de 23 crianças/jovens e as suas famílias.

Este era um dos locais de ensino clínico acerca do qual eu tinha criado mais expectativas. Sabia que me iria deparar com um “mundo novo” e a curiosidade subjacente a esse mundo despertava em mim um interesse desmedido. Seria eu

capaz de lidar com as minhas emoções de modo a conseguir dar resposta às necessidades de gestão emocional evidentes nas crianças e nas suas famílias? - questionei-me. Este seria um local que teria, com certeza, muito para me ensinar. Assim, foi com o coração repleto de esperança de uma aprendizagem enriquecedora que fui ao encontro de cada uma daquelas crianças. Admito que inicialmente não foi fácil. A gestão das emoções contidas nas palavras dos pais, que se evidenciam sedentas de um gesto de conforto que afagasse a dor que lhes era implícita, a capacidade de gestão das minhas emoções de modo a não transparecer desânimo... Todas estas situações se revelaram para mim enquanto uma dificuldade acrescida e, creio eu, uma oportunidade de aprendizagem acrescida também.

Creio que posso exemplificar esta mesma situação com uma vivência que tive oportunidade de experienciar durante o decurso de um dos turnos que realizei sob orientação da EESIP do meu local de estágio. Durante uma manhã, veio ao nosso encontro uma senhora, que se apresentava sozinha, e que recebeu uma palavra amiga e um abraço de cada um dos membros da equipa multidisciplinar com a qual se deparava. Trazia consigo uma caixa de bombons “*Merci*” e segundo ela, era só isso que queria dizer à equipa: “Obrigada por tudo o que fizeram e feliz Natal.” Questionando depois a EESIP orientadora do meu estágio, percebi que era mãe de uma criança que havia falecido há cerca de duas semanas no serviço. Creio que o reflexo do ato desta mãe, o agradecimento, evidencia a entrega nos cuidados que são prestados pela equipa multidisciplinar, evidenciando também a capacidade de gestão das emoções dos próprios enfermeiros para que consigam, também, ajudar a criança e a sua família. Refletindo posteriormente sobre esta situação, concluí que os profissionais desta equipa detêm, com certeza, um elevado autoconhecimento de si mesmos, sendo essa uma das chaves para melhor cuidar. Assim, este foi o motivo que me levou à reflexão e à busca de mais informação sobre a importância do autoconhecimento na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

As experiências pessoais são promotoras de um conhecimento de si, possibilitando lidar com as situações de cuidados emocionalmente intensas, de uma forma mais positiva e facilitadora (Diogo, 2012). A consciência permite que os nossos sentimentos sejam conhecidos, sendo, assim, promovido o impacto interno da emoção, permitindo-se que a emoção processe o pensamento através do

sentimento. A consciência consiste, assim, num fenómeno biológico com elevado grau de complexidade, remetendo, portanto, para a questão que se relaciona com a individualidade de cada um de nós (Damásio, 2001).

Goleman (2002) refere que a autoconsciência, ou consciência de si, significa observar-se a si mesmo, tendo consciência quer do nosso estado de espírito, quer dos nossos pensamentos a respeito desse estado de espírito. Além disso, significa conhecer a relação entre pensamentos, sentimentos e reações, e construir um vocabulário para os sentimentos sendo uma das ferramentas para a autorreflexão. “Interrogar-se sobre a representação de si mesmo é uma primeira caminhada indispensável para quem deseja comunicar melhor, negociar ou posicionar-se de forma mais adequada na relação com o outro.” (Rispail, 2002, p. 7).

Mobilizando novamente o que diz Diogo (2006), aprender a conhecer, a compreender e a analisar as emoções e os sentimentos, constitui, por si só, uma forma de lidar com os estados emotivos e com o sofrimento emocional das situações de cuidados. Assim, implica uma perceção da experiência humana e dos sentimentos na prática de cuidar, por meio da consciência, que vai aproximar as pessoas e permitir cuidar da totalidade da personalidade humana.

Deste modo, creio que é agora possível afirmar que os enfermeiros deste SPO são elementos-chave no processo de cuidar, fornecendo “ferramentas de conforto” à criança/ao jovem e à família alvo dos seus cuidados, de modo a fazerem face ao seu sofrimento. Ao fazê-lo, conseguem sentir maior controlo, gerindo eficazmente as suas próprias emoções, tendo a intencionalidade de aliviar o sofrimento vivenciado pelas crianças/pelos jovens e pela sua família. Assim, creio poder afirmar que fui ao encontro do objetivo específico previamente delineado de compreender a importância do internamento da criança/do jovem como oportunidade do meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal.

Segundo o Programa Nacional de Doenças Raras, o cancro em idade pediátrica enquadra-se num conjunto de doenças em que a prevalência na população em geral é de 5 casos em cada 10000 habitantes (DGS, 2008). Assim, este estágio proporcionou-me a oportunidade de desenvolver a competência **E.2.3** do EESIP – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. Além disso, integrei os pais nos cuidados à criança, respeitando a filosofia dos CCF,

desenvolvendo a competência **E.2.5.3** do EESIP – Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.

No âmbito deste estágio, para além da concretização de um **Guia Orientador de Atividades**, de um **Algoritmo de atuação na promoção da parentalidade positiva**, de um **Poster** com a mesma temática e de um **Jornal de Aprendizagem**, envolvi-me na concretização de um **Dossier Temático** (Apêndice VI). Com a criação deste Dossier Temático, tive enquanto objetivo a consolidação de conhecimentos por parte de quem o consultasse. Tal como refere Benner (2001), a aquisição de novos saberes e de múltiplas perspetivas permite-nos tomar decisões complexas, com reflexo na prática de enfermagem como ciência do cuidar. O dossier temático foi constituído por 10 artigos, sendo descritos numa tabela inicial onde contemplei o nome dos artigos, o ano e o local de publicação. A seleção dos artigos foi fruto da minha pesquisa em bases de dados científicas.

2.3.5 Serviço de Consulta Externa de Pediatria

Após o percurso formativo anteriormente descrito, o culminar dos meus estágios concretizou-se no serviço em que exerço funções: um serviço de consulta externa de pediatria de um hospital privado de Lisboa. Fisicamente, este serviço é composto por uma sala de tratamentos, por uma sala de vacinação e por oito gabinetes médicos. Ao nível de recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por seis enfermeiros, sendo quatro EESIP.

A escolha deste mesmo local de estágio prendeu-se, antes de mais, com a necessidade de concretizar um olhar distanciado de modo a conseguir detetar situações com necessidade evidente de melhoria. Além disso, tentei sensibilizar a equipa em que me insiro para a temática deste relatório, com o intuito de melhorar a resposta da equipa de enfermagem nas situações de crianças/jovens e famílias em risco/perigo de maus tratos.

Assim, uma das intervenções levadas a cabo por mim neste serviço foi a criação de uma “**Carta de Alta de Enfermagem**” (Apêndice VII). A criação deste documento

preendeu-se com o fato de, após as cirurgias pediátricas, o primeiro penso ser concretizado pela equipa de consulta externa de pediatria, no entanto, o acompanhamento das crianças é, normalmente, prosseguido nos cuidados de saúde primários da área de residência, não existindo uma carta de alta de enfermagem que garantisse a continuidade dos cuidados. Deste modo, fui ao encontro da competência **B.2.2** do EE - Planeia Programas de Melhoria Contínua, assim como a competência **B.3.1** do EE – Promove o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.

Dando continuidade às lacunas por mim detetadas, tomei, também, a iniciativa de criar um “**Grupo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Hospital X**”. Os maus tratos em crianças e jovens constituem um fenómeno complexo na sociedade contemporânea tratando-se de um problema à escala mundial (DGS, 2007). Nas últimas décadas, tem vindo a verificar-se uma valorização crescente do estatuto social dos indivíduos nestas idades, fato que, em certa medida, se reflete numa maior atenção prestada ao problema (*Ibid*).

Deste modo, aqui se insere o projeto que desenvolvi, com vista a uma efetiva prevenção do fenómeno de maus tratos e a uma significativa melhoria da qualidade nas respostas que o hospital em causa pode proporcionar às situações concretas que possam surgir, pelo que propus a criação de um “Grupo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Hospital X” (GHACJRHX), ficando em aberto a constituição do mesmo (regime de convite e voluntariado). Ao grupo de trabalho multidisciplinar caberão as tarefas de: a) Prestar apoio aos profissionais/equipas que lidam diretamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de apoio (Centro de Saúde ou Hospital); b) Acompanhar as situações através da elaboração de um plano individualizado de intervenção, desenvolvido a partir das necessidades identificadas; c) Avaliar, acompanhar e ou sinalizar a outra entidade, quando necessário, ou sempre que a complexidade ou nível da matéria em causa ultrapasse a capacidade de resposta dos profissionais da instituição de saúde.

O hospital em que concretizei o meu estágio, enquanto primeiro hospital privado de Lisboa acreditado internacionalmente ao nível da qualidade, evidencia-se como uma instituição não só preocupada com a saúde e o bem-estar das crianças visitantes, como, também, com a prevenção de situações que possam evidenciar repercussões

ao nível do desenvolvimento global da criança – como é o caso das situações em que os maus tratos são diagnosticados.

Perante o anteriormente exposto, além da proposta de criação do grupo anteriormente justificado, criei também uma “**Proposta de procedimento multidisciplinar de apoio à criança/ao jovem com suspeita ou vítima de maus tratos**”. Este mesmo procedimento tem enquanto objetivo uniformizar os procedimentos relacionados com a prevenção e prestação de cuidados à criança/jovem com suspeita ou vítima de maus tratos. O mau trato infantil assume, pelas consequências individuais, familiares e sociais um papel preponderante no âmbito da proteção à infância e constitui, por isso, uma preocupação social e política premente.

Assim, este mesmo procedimento contempla as orientações necessárias aos profissionais de saúde ao nível do encaminhamento das situações de maus tratos à criança/ao jovem que sejam detetadas. Integrei, ainda, no mesmo um **fluxograma de intervenção** em caso de suspeita ou concretização de maus tratos à criança/ao jovem e um **documento de notificação** ao “Grupo Hospitalar de Apoio à Criança/ao Jovem em Risco do Hospital X”. Há que salientar que a concretização de ambos os documentos supracitados envolveu a participação de toda a equipa multidisciplinar, tendo carecido de intervenções das distintas categorias profissionais. Assim, creio que este foi um dos momentos mais gratificantes e enriquecedores do meu percurso formativo, envolvendo discussão entre os elementos constituintes da equipa em que me insiro, partilha de ideias e de aprendizagens. Além disso, creio ter conseguido dar o primeiro passo na estimulação do pensamento crítico da equipa acerca desta área, desejando dar continuidade ao mesmo e perspetivando a intervenção enquanto projeto presente e futuro.

Creio que a elaboração de ambos os documentos anteriormente descritos me possibilitou a oportunidade de desenvolver as seguintes competências do EESIP: **E.1.2.4** – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex.: maus tratos, negligência e comportamentos de risco) e **E.1.2.5** – Sensibiliza (...) profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. Além disso, evidenciei com a proposta destes documentos a preocupação com a melhoria do serviço, desenvolvendo as seguintes competências do EE: **B.1.1** – Inicia e participa em

projetos institucionais na área da qualidade; **B.2.2** – Planeia programas de melhoria contínua; **D.2.1** – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; **D.2.2** – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

2.4 Competências desenvolvidas durante o percurso formativo

No subcapítulo anterior evidenciei as competências de EE e de EESIP desenvolvidas em cada local de estágio, prendendo-se este fato com a necessidade de articular as distintas atividades com as respectivas competências, no sentido de evidenciar claramente as oportunidades de desenvolvimento das mesmas. Todavia, este subcapítulo evidencia-se com o intuito de ser uma descrição geral da importância do desenvolvimento de competências anteriormente referenciadas.

A aquisição de competências não se resume apenas a um saber, nem se restringe ao tecnicismo dominado pelo saber fazer, sendo imperativo um julgamento clínico para uma tomada de decisão que priorize a qualidade dos cuidados de enfermagem (Dias, 2006). Relativamente ao conceito de competência, esta consiste na capacidade de integrar os diversos saberes, finalizados numa intervenção (Ferreira & Dias, 2005), em que existe um conjunto integrado de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamentos sociais e afetivos que permitem o desempenho de uma função, tarefa ou atividade (Phaneuf, 2005). Semelhante a esta definição é, também, a da OE (2003) que diz que a competência implica um nível de desempenho profissional, demonstrado na aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades do profissional na sua área de especialização.

Deste modo, durante o meu percurso formativo considere a importância de ser competente, tendo inscrito a minha intervenção num saber fazer que não colocou em risco o outro, ajudando-o a viver com saúde ou a enfrentar a doença, tendo uma postura ativa. Além disso, a minha evolução revelou o interesse na busca do aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, atualizando sempre os meus conhecimentos, com um intuito evolutivo.

Tal como refere Benner (2001), a prática é um todo integrado que envolve o caráter, o conhecimento e a competência dos profissionais, contribuindo para o desenvolvimento da própria prática. Deste modo, optei inicialmente pela adoção de uma postura de observadora participante, evoluindo *a posteriori* para a intervenção sob orientação. Esta observação permitiu-me enfrentar situações reais em número suficiente para estar atenta aos fatores reproduzidos em situações idênticas na prática de cuidados (*Ibid*). Além disso, creio poder afirmar que a minha intervenção teve inspiração num dos princípios enunciados pela autora que salienta a importância da aprendizagem junto das equipas conhecedoras do contexto de cuidados. Deste modo, e perante estas considerações, expus anteriormente as principais competências desenvolvidas relacionando-as com as atividades proporcionadoras desta realidade.

NOTA CONCLUSIVA

Durante a concretização do meu percurso formativo, apercebi-me que a parceria de cuidados em enfermagem pediátrica é um conceito que deve ser trabalhado e interiorizado pelos enfermeiros, nomeadamente na promoção da parentalidade positiva como forma de prevenir as situações de maus tratos.

É importante que a implementação do modelo de parceria seja do conhecimento de todos os profissionais, e que estes o utilizem como guia das suas práticas em contexto de assistência à criança/jovem e família. De igual modo, a sensibilização para a temática dos maus tratos em crianças/jovens necessita de maior investimento por parte dos enfermeiros uma vez que ainda fui confrontada com o conceito de maus tratos se restringir ao nível físico. Tive oportunidade de intervenção junto desses profissionais, tendo sensibilizado os mesmos para a extensão desta temática e para a necessidade da sua intervenção. Segundo a alínea a) do artigo 76º do Código Deontológico do Enfermeiro (2005) os enfermeiros estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos” (p. 35) porque “dos profissionais de enfermagem, a sociedade espera intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas e no dos cuidados de reparação, baseadas em fundamentos científicos sólidos e atuais e em estratégias e procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes na ajuda aos utentes e suas famílias para a resolução dos seus problemas de saúde” (p. 36-37).

Durante o meu estágio na UCIN foi especialmente marcante a intervenção levada a cabo com a família de um RN em risco de maus tratos. O espaço de partilha proporcionado à mãe da criança, assim como a escuta ativa, foram cruciais para que esta criança tenha sido devidamente encaminhada. O EESIP tem oportunidades de intervenção únicas junto da criança/do jovem e das suas famílias tendo em conta que o exercício da parentalidade positiva envolve ajustamento e aprendizagens necessárias ao desenvolvimento das competências parentais. Além disso, a confiança dos pais na potencialidade das suas competências parentais exige do EESIP uma abordagem positiva, antecipada e baseada nos seus pontos fortes de modo a concretizar-se o desenvolvimento da criança. Para tal, atitudes

empoderadoras, cuidados antecipatórios, cuidados negociados e, também, cuidados não traumáticos podem ser as estratégias de intervenção adequadas na díade criança-família.

Relativamente à temática central deste relatório, é importante que o EESIP saiba como atuar perante a criança/o jovem em risco/perigo de maus tratos, e que possua conhecimentos aprofundados acerca do tema, encorajando os pais e a criança/o jovem à partilha. Durante o meu estágio na USF, por exemplo, foi para mim marcante a deteção de um sinal de alarme num latente de quatro meses: não seguia objetos com os olhos, mantendo sempre as mãos fechadas. No decorrer da consulta percebi que esta situação poderia, ou não, estar relacionada com o consumo de álcool que a mãe manteve durante a gestação. O EESIP, deve trabalhar “(...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte (...)” (Diário da República, Regulamento nº 123/2011, p. 8653).

Este percurso formativo permitiu-me encontrar respostas para as questões que me fizeram investir nesta temática e, também, afirmar que esta é uma temática que necessita de urgente pesquisa e desenvolvimento tendo em conta, não só a importância e as consequências que a mesma implica como, também, o diminuto conhecimento com que me deparei nas distintas fontes de informação científica. Tornando-se evidente o contributo que o EESIP pode ter na concretização da promoção da parentalidade positiva em famílias potencialmente maltratantes, torna-se também óbvio que a competência nesta área é uma necessidade premente e urgente.

Futuramente, creio que terei oportunidade de dar continuidade à discussão e partilha com os profissionais de saúde acerca desta temática tendo, para tal, dado início a um “Grupo hospitalar de apoio à criança/ao jovem em risco do Hospital X”. Pretendo, com a criação deste grupo, uma efetiva prevenção do fenómeno de maus tratos à criança/ao jovem e a uma significativa melhoria da qualidade nas respostas que o hospital em causa pode proporcionar às situações concretas que possam surgir.

Finalizando este capítulo, creio que devo fazer uma referência aos limites que senti durante este percurso formativo. Creio que superou as minhas expectativas ao nível da aquisição de competências, todavia, superou também o nível de exigência temporal por mim esperado. A compatibilização de horários de trabalho, estágio e vida familiar foi a dificuldade maior com a qual me deparei, tendo exigido o desenvolvimento da minha capacidade de gestão e, também, da capacidade de aceitação e compreensão por parte da minha família. Todavia... Termino este percurso extremamente feliz. E consciente de que todo o esforço valeu a pena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*. p. 53-59.
- Almeida, A. & Fernandes, N. (2010). Intervenção com Crianças, jovens e famílias: Pensar as práticas centradas em direitos. *Intervenção com crianças, jovens e famílias. Estudos e Práticas*. Coimbra: Almedina.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Crianças e Jovens Vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Lisboa.
- Asawa, L.; Hansen, D.; & Flood, M. (2008). Early childhood intervention programs: Opportunities and challenges for preventing child maltreatment. *Education & Treatment of Children*. 31(1). 73-110.
- Baldini, S. (2001). *Avaliação das reacções dos pais à interacção do filho em unidade de terapia intensiva e desenvolvimento de uma proposta de apoio psicológico*. Tese de doutoramento da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.
- Barros, L. (2001). *A Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia como Unidade de Promoção do Desenvolvimento*. Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi-Sociedade Médico-Psicológica.
- Barroso, R. & Machado, C. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parenatidade. *Psychologia*. p. 211-230.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benzies, K. et al (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention? *Public Health Nursing*. p. 431-439.

- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1990). *The first relationship*. Addison Wesley. New York.
- Brazelton, T. (2009). *O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Editorial Presença. Queluz de Baixo.
- Canário, R. & Rummert, S. (2009). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. p. 84-86.
- Casey, A. (1993). *Development and Use of the Partnership Model of Nursing Care*. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. (1993). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari;
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata*.
- Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde (1997). Fourth International Conference on Health Promotion. *The Jacarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century*. Copenhagen: WHO.
- Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a Positive Approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Cox, C. (2002). *Cuidados intensivos no período neonatal – comunicação e ligação*. Nursing. 167. 34-39.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cruz, H. & Carvalho, M. (2011). *Infância, famílias e educação parental. Crianças e Jovens em Risco. A família no centro da intervenção*. Cascais: Principia.
- Damásio, A. (2001). *O sentimento de Si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Francisco Lyon de Castro.

- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formasau: Coimbra.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica – Um processo de metamorfose de experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. 2ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Direção dos Serviços de Planeamento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Documento técnico de intervenção em saúde – Maus tratos em Crianças e Jovens*. Direção geral da saúde.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional das Doenças Raras*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Ação de saúde para crianças e jovens em risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento do Mestrado de Enfermagem*. Acessível em Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Engel, J. (2002). *Avaliação em Pediatria*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.

- Ferreira, L. e Vieira, C. (2003). A Influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão da literatura. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 25. 41-50
- Fielden, J. & Gallagher, L. (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3). 406-417.
- Fowlie, P. & Mchaffie, H. (2004). Suporting parents in the neonatal unit. *BMJ*. p. 1336-1338.
- Gilbert, R.; Widom, C.; Browne, K.; Fergusson, D.; Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 373. p. 68-81.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes-Pedro, J. (1986). *Competências e Comportamentos do recém-nascido: modo e significado da sua avaliação*. Acta médica portuguesa. 7. p. 207-214.
- Heaman, M.; Chalmers, K.; & Woodgate, R. (2005). Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*. 55(3). 291-300.
- Heearmann, J. et al (2005). Mothersin the NICU: outsider to partner. *Paediatric Nursing*. p. 176-200.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2013) *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Missouri: Elsevier – Mosby,.
- Hurtubise, K. & Carpenter, C. (2011). *Parents' experiences in role negotiation within an infant services program*. Infants and young children. 24. (1). p. 75-86.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5). p. 1178-1187.
- Hutchings, J; Bywater, T.; Davies, C.& Whitaker, C. (2006). Do crime rates predict the outcome of parenting programmes for parents of hight risk preschool children? *Education and child psychology*. 23. p. 15-24.

International Council of Nurses - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0.* - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>, [acedido em 13 Dezembro 2016].

Jackson, K. et al (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*. p. 120-129.

Kelly, M. (2007). Achieving family-centred care: working on or working with stakeholders?. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*. 10 (3).

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

Mano, M. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista Referência*. 8.

Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência*. Coimbra. p. 34-40.

Martins, C. (2008). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

Martins, P. (2008). Risco na Infância: os contornos da evolução de um conceito. *Estudos da Infância, Educação e Práticas Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.

Mikami, C. & Escobar, E. (2001). Violência Doméstica contra crianças e adolescentes: a atuação do enfermeiro. *Revista Enfermagem UNISA*. p. 112-116.

Monteiro, M. (2003). *Parceria de Cuidados: Experiência dos pais num Hospital Pediátrico*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

- Moreno, R. & Jorge, M. (2005). O cuidar do outro na unidade de terapia intensiva neonatal: concepção fenomenológica. *Ciências Cuidar Saúde*. 4. Set/Dez. 242-249.
- Nascimento, H. (2010). *A dor no recém-nascido numa UCI: Concepções e práticas de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Neto, A. et al (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*. p. 5-51.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman System Model*. USA: Perason Education.
- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Community participation in local health and sustainable development*. European Sustainable Development and Health Series.
- Paredes, T. et al (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*. p. 73-87.
- Pender, N; Murdaugh, C.; & Pars, M. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Pereira, A.; Nunes, J.; Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o*

- Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. p. 24-38.
- Pereira, T. (1998). *Mãe de um filho prematuro*. In Cardoso, R. et al. A outra metade da medicina. Lisboa: Climeps.
- Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Lisboa: Universidade Aberta Tese de Dissertação de Mestrado.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Piggot, J.; Hocking, C.; Paterson, J. (2003). Parental Adjustment to having a child with cerebral palsy and participation in Home Therapy programs. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 23.
- Pala, B.; Unalacak, M. & Unluoglu, I. (2011). Child maltreatment: abuse and neglect. *Dicle Medical Journal / Dicle Tip Drgisi*. 38. p. 121-127.
- Patrício, S. (2011). *Promoção da Parentalidade Positiva. Relatório para obtenção do grau de mestre em Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.
- Pinto, J; Ribeiro, C.; Pettengil, M. & Balieiro, M. (2011). Cuidado centrado na família e a sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63. p. 132-135.
- Regulamento nº 123/2011 (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35.
- Regulamento nº 122/2011 (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35.
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Russel, A. (1997). Individual and family contributing to mothers' and fathers' positive parenting. *International Journal of Behavioral Development*. p. 111-132.

- Sanders, L. & Buckner, E. (2006). The Newborn Behavioral Observations System as a Nursing Intervention to Enhance Engagement in first-time mothers: feasibility and desirability. *Pediatric Nursing*.
- Schattner, A. & Tal, M. (2002). Truth telling and patient autonomy: the patient's point of view. *American Journal of Medicine*. Vol. 113. Nº 1.
- Smith, F. (1995). *Children's nursing in practice: the Nottingham model*. London: Blackwell Science.
- Silva, A. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, F. (2009). *Os Enfermeiros E... O Empowerment em Saúde. Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Imprensa Regional: Ordem dos Enfermeiros da Secção Regional dos Açores.
- Tommey, A.; Alligood, M.(2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência: Loures.
- UNICEF (2004). *Convenção sobre os direitos da criança*. Obtido em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convenção_direitos_crianca2004.pdf.
- Zuzarte, M; Calheiros, M. (2010). Programa de intervenção nas interações pais-filhos. "Desenvolver a Sorrir" – Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*. XXVIII (3). p. 491 – 504.

